

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem

GESTÃO EM ENFERMAGEM: O PERFIL DE COMPETÊNCIAS

NURSING MANAGEMENT: THE COMPETENCY PROFILE

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Manuela
Ferreira Pereira Silva Martins e coorientada pela Mestre Maria
Narcisa Gonçalves

Carla Gertrudes Moreira de Andrade Pacheco de Freitas

Porto | 2018

“Ser homem é ser responsável. É sentir que colabora na construção do mundo.”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Abraçar e concluir este projeto envolveu desafios, sacrifícios e gratidão.

Como tal não poderei deixar de expressar o sentimento de gratidão a todos os que me acompanharam e compartilharam este processo de evolução e enriquecimento comigo.

Durante estes dois anos foi determinante o apoio, os períodos de reflexão partilhada e de orientação para o concretizar este sonho, uns como presença constante, outros como presença mais fugaz mas encorajadora, nos momentos de ansiedade e receio.

Quero em primeiro lugar agradecer a Sr.^a Professora Doutora Maria Manuela Martins pelo cuidado, suporte e preciosa orientação. Pelas palavras de incentivo, confiança e serenidade nos momentos mais difíceis.

À coorientadora Sr.^a Professora Mestre Maria Narcisa Gonçalves, que numa fase final norteou o caminho que determinaram a redação desta dissertação, pela sua disponibilidade e motivação.

Ao meu marido e filhas pelas horas perdidas, brincadeiras adiadas e apoio incondicional nas horas de desespero.

À minha mãe pelo simples fato de saber ser uma excelente mãe e estar sempre lá.

Aos meus colegas de curso pela partilha e descoberta.

À minha irmã e colega de curso, pelo caminho trilhado em equipa, mais uma vez provamos que é para a vida toda.

Aos meus colegas de trabalho que sempre me estimularam e suportaram durante todo o percurso. Mesmo!

Assim, a todos os meus familiares, amigos, professores e colegas o sentimento de elevada estima e gratidão.

ABREVIATURAS

| | |
|-------|--|
| % | Porcentagem |
| ACES | Agrupamento de centros de saúde |
| ACSS | Administração central do sistema de saúde |
| ARS | Administrações regionais de saúde |
| ECCI | Equipa de cuidados continuados integrados |
| ECL | Equipa coordenadora local |
| ECR | Equipa coordenadora regional |
| EPE | Entidades públicas empresariais |
| EGA | Equipa de gestão de altas |
| MBA | Masters of business administration |
| Nº | Número |
| OMS | Organização mundial de saúde |
| RH | Recursos humanos |
| RNCCI | Rede nacional de cuidados continuados integrados |
| SA | Sociedades anónimas |
| SLS | Sistemas locais de saúde |
| SNS | Sistema nacional de saúde |
| SPA | Setor público administrativo |
| TGA | Teoria geral de administração |
| UCC | Unidade de cuidados na comunidade |
| UCSP | Unidade de cuidados de saúde personalizados |
| ULS | Unidade local de saúde |
| URAP | Unidade de recursos assistenciais partilhados |
| USF | Unidades de saúde familiar |
| USP | Unidade de saúde pública |

RESUMO

A mudança de paradigma na gestão dos serviços de saúde cria uma constante pressão social, política e económica, para a prestação de serviços de qualidade e eficientes, ao custo mais reduzido, o que representa um desafio para os gestores das organizações. Neste processo de mudança, o enfermeiro gestor é uns dos principais atores, por assumir compromissos com a organização, com o cliente e com os profissionais. No processo deve adotar um estilo de gestão orientado para o cliente, centrado no comprometimento organizacional e na orientação para os resultados, mobilizando para a qualidade assistencial, o que implica competências e habilidades de gestão.

O estudo pretende saber se há diferenças entre a percepção das competências do enfermeiro gestor, entre os gestores de enfermagem da comunidade e do meio hospitalar numa ULS, a partir de um estudo de caso, com recurso a métodos quantitativos, cujo instrumento de colheita de dados é um questionário de auto preenchimento *on-line*. A amostra é composta por enfermeiros gestores (enfermeiros chefes /responsáveis de serviço e em substituição na ausência do gestor do serviço).

Dos resultados salientamos o perfil do enfermeiro gestor da área clínica hospitalar predominantemente como: a maioria do sexo feminino, com idades compreendidas entre 51 e 60 anos, com experiência profissional na área de enfermagem de 26 a 30 anos e experiência na área da gestão de 6 a 10 anos, com formação pós-graduada na área da administração e gestão. O perfil do enfermeiro gestor na comunidade é maioritariamente masculinos, com idades compreendidas entre os 41 e 50 anos, com experiência profissional na área da enfermagem de 21 a 30 anos e na área da gestão de 6 a 10 anos, com formação pós-graduada na área da administração e gestão e especialidade em enfermagem na área da saúde comunitária. Verificamos diferenças significativas na gestão de recursos humanos, em enfermeiros gestores com experiência prévia na área da gestão.

O desempenho das competências do enfermeiro gestor não depende do local onde desenvolve a sua atividade na instituição em estudo, acreditamos que a cultura organizacional e estratégica em uso pode ser determinante para esta evidência.

Palavras-chave: Gestão em enfermagem; Contextos assistenciais; Competências; Gestão de conflitos

ABSTRACT

The change of the paradigm in the management of health services creates a constant social pressure, political and economic, for the provision of quality and efficiency services, at the lowest cost, which present a challenge for the managers of the organizations. In this process of change, the nurse manager is one of the main actors, for making commitments with the organization, with the client and with the professionals. In the process must adopt a style of management oriented to the client, centered on organizational commitment and on orientation to the results, mobilizing for the assistance quality, which implies skills and management skills.

With the study we intend to know if there are differences between the perception of the competencies of the nurse manager, between the nursing managers of the community and the hospital environment in an ULS, from a case study, using quantitative methods, with the following data collection instrument is an online self-fill questionnaire. The analysis is composed of nurse managers (responsible for bosses / responsible for the service and for lack of service).

From the results, we highlight the profile of nurse manager in the clinical hospital area, predominantly as: the majority female, aged between 51 and 60 years, with professional experience in nursing from 26 to 30 years and experience in the area of management of 6 to 10 years, with postgraduate training in the area of administration and management. The profile of nurse manager in the community is mostly male, aged between 41 and 50 years, with professional experience in nursing from 21 to 30 years and in the area of management from 6 to 10 years, with post-graduate training in area of administration and management and specialty in nursing in the community health area. We verified significant differences in the management of human resources, in nurse managers with previous experience in the area of management.

The performance of manager nurse competencies does not depend on the place where the nurse performs his / her activity in the institution under study, we believe that the organizational and politic culture in use can be determinant for this evidence.

Keywords: Management in nursing, Assistance contexts, Skills, Conflicts management

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| Introdução | 21 |
| I PARTE – A gestão em enfermagem nos diferentes contextos assistenciais | 25 |
| 1 – Contextos Assistenciais e Gestão em Enfermagem | 27 |
| 1.1 – Contextos assistenciais do Hospital à Comunidade..... | 30 |
| 1.2 – Gestão em Enfermagem | 46 |
| 1.2.1 – Das competências às práticas de gestão | 54 |
| 2 – Gestão de recursos Humanos: o centro do trabalho do gestor | 65 |
| 2.1 – Conflitos e Comunicação em gestão..... | 70 |
| II PARTE - Rota para compreender as competências da gestão em enfermagem nos diferentes contextos assistenciais | 79 |
| 3 – Planeamento do trabalho de campo | 81 |
| 3.1 – Do problema às perguntas de investigação..... | 83 |
| 3.2 – Variáveis em estudo | 85 |
| 3.3 – Universo e Amostra | 91 |
| 3.4 – Instrumento de colheita de dados..... | 92 |
| 3.5 – Procedimentos | 93 |
| 3.5.1 – Procedimentos éticos | 93 |
| 3.5.2 – Procedimentos de colheita de dados | 94 |
| III PARTE – Radiografando a realidade das competências da gestão em enfermagem | 97 |
| 4 – Um raio X da gestão operacional em enfermagem numa ULS | 99 |
| 4.1 – Caracterização da amostra | 99 |
| 4.2 – Desenvolvimento de competências de gestão em enfermagem | 105 |
| 4.3 – Gestão de conflitos..... | 121 |
| 4.4 – Gestão em enfermagem: uma imagem entre o hospital e a comunidade..... | 130 |
| 5 – Estabelecendo paralelismo com a literatura | 149 |

| | |
|---------------------|-----|
| 6 - Conclusão | 157 |
| Bibliografia | 161 |

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de colheita de dados: questionário

ANEXO II – Autorização do Conselho Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto

ANEXO III – Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética da ULS

ANEXO IV – Autorização dos autores para autorização das escalas

ANEXO V – Prática Profissional, ética e legal

ANEXO VI – Gestão de Cuidados

ANEXO VII – Gestão de recursos humanos

ANEXO VIII – Intervenção Política e Assessoria

ANEXO IX – Desenvolvimento Profissional

ANEXO X – Estratégias de gestão de conflitos

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Ilustração 1- Competências do enfermeiro gestor | 58 |
| Ilustração 2 – Premissas base da informação e comunicação | 72 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|-----|
| Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros gestores por local de exercício profissional | 100 |
| Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros gestores por departamento / Unidade | 100 |
| Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros gestores por idade | 100 |
| Tabela 4 – Formação profissional da amostra | 103 |
| Tabela 5 - Formação académica da amostra | 104 |
| Tabela 6 – Atividade desenvolvida na gestão em enfermagem | 104 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 – Resultado da revisão integrativa da literatura competências do enfermeiro gestor | 57 |
| Quadro 2 - Variáveis sociodemográficas | 85 |
| Quadro 3 - Variável competência do enfermeiro gestor | 86 |
| Quadro 4 - Variável gestão de conflitos | 87 |
| Quadro 5 – Estratégia usada e comportamentos | 89 |
| Quadro 6 – Distribuição dos enfermeiros gestores por anos de exercício profissional, por anos no exercício na área da gestão e anos no atual serviço. | 101 |
| Quadro 7 – Prática Profissional, ética e legal | 105 |
| Quadro 8 – Gestão de Cuidados..... | 108 |
| Quadro 9 – Gestão de recursos humanos | 112 |
| Quadro 10 - Intervenção Política e Assessoria | 116 |
| Quadro 11 - Desenvolvimento Profissional..... | 118 |
| Quadro 12 - Média de frequência de estratégias de abstenção..... | 123 |
| Quadro 13 - Média de frequência de estratégias de acomodação..... | 124 |
| Quadro 14 - Média de frequência de estratégias de imposição | 125 |
| Quadro 15 - Média de frequência de estratégias de abstenção..... | 126 |
| Quadro 16 - Média de frequência de estratégias de colaboração | 127 |
| Quadro 17 – Perfil do enfermeiro gestor em função da área de exercício profissional | 131 |
| Quadro 18 – Descrição do comportamento das variáveis competências e local de trabalho | 135 |
| Quadro 19 - Descrição do comportamento das variáveis competências e função na área da gestão | 135 |
| Quadro 20 - Resumo do teste de hipótese da análise da interferência da variável idade nas competências dos enfermeiros gestores | 138 |
| Quadro 21 - Resumo do teste de hipótese da análise da influência da variável anos de experiência profissional nas competências dos enfermeiros gestores | 141 |

| | |
|--|-----|
| Quadro 22 - Resumo do teste de hipótese da análise da influência da variável experiência profissional na área da gestão nas competências dos enfermeiros gestores..... | 142 |
| Quadro 23 - Resumo do teste de hipótese da análise da influência da variável formação prévia na área da gestão nas competências dos enfermeiros gestores | 145 |
| Quadro 24 - Resumo do teste de hipótese da análise da influência da variável estratégias de conflitos e local de trabalho | 145 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| Gráfico 1 – Distribuição da amostra na variável idade | 101 |
| Gráfico 2 – Distribuição da amostra na variável anos de exercício profissional | 102 |
| Gráfico 3 – Distribuição da amostra na variável exercício profissional na área da gestão em enfermagem..... | 102 |
| Gráfico 4 – Distribuição da amostra na variável exercício profissional no atual serviço | 103 |
| Gráfico 5 - Prática Profissional, ética e legal, por local de exercício profissional | 106 |
| Gráfico 6 – Distribuição da categoria prática profissional, ética e legal | 107 |
| Gráfico 7 – Gestão de cuidados, por local de exercício profissional..... | 110 |
| Gráfico 8 – Distribuição da categoria gestão de cuidados..... | 111 |
| Gráfico 9 - Gestão de recursos humanos, por local de exercício profissional | 114 |
| Gráfico 10 – Distribuição da categoria gestão de recursos humanos..... | 115 |
| Gráfico 11 – Intervenção Política e Assessoria, por local de exercício profissional | 117 |
| Gráfico 12 – Distribuição da categoria intervenção política e assessoria | 118 |
| Gráfico 13 - Desenvolvimento Profissional, por local de exercício profissional | 119 |
| Gráfico 14 - Distribuição da categoria desenvolvimento profissional | 120 |
| Gráfico 15 – Estratégias de gestão de conflitos | 128 |
| Gráfico 16 – Estratégias de gestão de conflitos, por local de exercício profissional | 128 |
| Gráfico 17 – Distribuição do domínio prática profissional, ética e legal, por área de atuação | 132 |
| Gráfico 18 – Distribuição do domínio gestão de cuidados, por área de atuação | 133 |
| Gráfico 19 - Distribuição do domínio gestão de recursos humanos, por área de atuação .. | 133 |
| Gráfico 20 – Distribuição do domínio intervenção política e assessoria, por área de atuação | 134 |
| Gráfico 21 – Distribuição do domínio desenvolvimento profissional, por área de atuação | 134 |
| Gráfico 22 – Distribuição da dimensão prática profissional, ética e legal, por função exercida na área da gestão | 136 |
| Gráfico 23 - Distribuição da dimensão gestão de cuidados, por função exercida na área da gestão | 136 |

| | |
|---|-----|
| Gráfico 24 - Distribuição da dimensão gestão de recursos humanos, por função exercida na área da gestão | 137 |
| Gráfico 25 - Distribuição da dimensão intervenção política e assessoria, por função exercida na área da gestão | 137 |
| Gráfico 26 – Distribuição da dimensão desenvolvimento profissional, por função exercida na área da gestão | 138 |
| Gráfico 27 – Distribuição do domínio prática profissional, ética e legal, por idade..... | 139 |
| Gráfico 28 - Distribuição do domínio gestão de cuidados, por idade | 139 |
| Gráfico 29 - Distribuição do domínio gestão de recursos humanos, por idade | 140 |
| Gráfico 30 - Distribuição do domínio intervenção política e assessoria, por idade | 140 |
| Gráfico 31 - Distribuição do domínio desenvolvimento profissional, por idade..... | 141 |
| Gráfico 32 - Distribuição do domínio prática profissional, ética e legal, por anos de exercício na área da gestão | 142 |
| Gráfico 33 - Distribuição do domínio gestão de cuidados, por anos de exercício na área da gestão..... | 143 |
| Gráfico 34 - Distribuição do domínio gestão de recursos humanos, por anos de exercício na área da gestão | 143 |
| Gráfico 35 - Distribuição do domínio intervenção política e assessoria, por anos de exercício na área da gestão | 144 |
| Gráfico 36 - Distribuição do domínio desenvolvimento profissional, por anos de exercício na área da gestão | 144 |
| Gráfico 37 - Distribuição da estratégia abstenção na gestão de conflitos, por local de trabalho..... | 146 |
| Gráfico 38 - Distribuição da estratégia acomodação na gestão de conflitos, por local de trabalho..... | 146 |
| Gráfico 39 - Distribuição da estratégia imposição na gestão de conflitos, por local de trabalho..... | 147 |
| Gráfico 40 - Distribuição da estratégia conciliação na gestão de conflitos, por local de trabalho..... | 147 |
| Gráfico 41 - Distribuição da estratégia colaboração na gestão de conflitos, por local de trabalho..... | 148 |

INTRODUÇÃO

A gestão das organizações de saúde representa atualmente um constante desafio, condicionado por fatores sociais, políticos e económicos. No processo de mudança e gestão das organizações de saúde, o enfermeiro gestor é uns dos principais atores, pelas exigências crescentes verificadas a nível organizacional, pela constante atualização e avanço do conhecimento científico e tecnológico, que implicou um aumento da responsabilidade. Como tal, o papel do líder de uma equipa, na pessoa do enfermeiro gestor, revela-se fulcral na orientação e condução da mesma no caminho da missão e objetivos da organização, visando a qualidade dos cuidados. O desafio é criar estratégias que conduzam a eficiência, acessibilidade e qualidade dos cuidados prestados garantindo a satisfação do cliente e profissionais (MOTTA, et al., 2009) (SAMPAIO, 2014) (ROCHA, et al., 2016).

O enfermeiro gestor é identificado como o profissional com competências acrescidas na área da gestão e assessoria (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2014), que como líder na condução das relações interpessoais com a equipa de trabalho deverá desenvolver ações que impliquem apoio, confiança, reconhecimento, comunicação e promoção do desenvolvimento das competências emocionais individuais e de equipa. Como deverá de igual modo, proporcionar uma gestão que estimule o trabalho autónomo e de poder, para que consequentemente o cliente passe a ser o foco de atuação de todos dos profissionais da organização. Na sua liderança o enfermeiro gestor “tem uma influência precisa no clima organizacional, direcionando as condutas e fornecendo condições para que o grupo de colaboradores exerça suas atividades com compromisso e alinhamento estratégico” da organização, assegurando-se uma liderança eficiente e rentável (BALSANELLI, et al., 2014 p. 942).

Os enfermeiros de cuidados desenvolvem competências específicas de acordo com as áreas onde exercem os seus cuidados pelo que nos questionamos: será que também o enfermeiro gestor desenvolve competências diferentes mediante a área onde as exerce? Uma vez que, toda a sua atividade tem um impacto direto e indireto no local onde exerce, depreende-se que detenha um conjunto de competências, valores, estratégias e

habilidades fundamentais para inspirar, motivar e impregnar um ambiente positivo no local de trabalho focando o valor individual e o contributo de cada enfermeiro (CARRAGHER, et al., 2017). Toda a reflexão leva-nos a questionar como desenvolvem as competências os enfermeiros gestores da comunidade e do hospital numa ULS, pela especificidade de serviços prestados nas diferentes áreas.

Neste processo de reflexão, analisamos a perspetiva de vários autores que referem o trabalho do enfermeiro gestor do âmbito hospitalar como mais burocrático e interdependente de outros profissionais, o que conduz a maior perda de autonomia. Em contrapartida o trabalho do enfermeiro gestor do âmbito comunitário é percecionado como menos hierárquico e mais autónomo, mas menos considerado no seio da equipa (NEVES, 2012) (FERNANDES, 2000) (TREVIZAN, et al., 2011) (LORENZETTI, et al., 2014).

A definição da nossa questão de investigação teve por base a realidade atual, ou seja, o facto de a enfermagem se encontrar num processo de estagnação em termos de carreira e em constantes discussões na esfera pública, mas também da necessidade de um processo de revisão das competências dos vários elementos dentro da mesma. Por outro lado, com a reforma do SNS, verificamos o aparecimento de diferentes unidades funcionais em que o papel do enfermeiro gestor não é claro ou nem é mesmo contemplado, e pela evidência científica, este é um elemento determinante, quer na organização dos cuidados de enfermagem, quer na determinação de políticas de saúde.

Com a presente investigação pretendemos melhorar a visibilidade do enfermeiro gestor face ao desenvolvimento de competências específicas de gestão, contribuir para a compreensão do seu papel nas organizações.

O desenho de investigação tem por base um estudo de caso numa instituição de saúde do norte do país, com recurso ao método quantitativo, pelo que neste relatório de investigação pretendemos deixar registado o processo que desenvolvemos enquanto estudantes do mestrado de direção e chefia de serviços de enfermagem, de forma a contribuir com conhecimento para o crescimento da área da gestão em enfermagem, não só como resultado da investigação mas também com a revisão da literatura que efetuamos.

O presente relatório encontra-se dividido em três grandes sessões com a finalidade de facilitar a leitura e análise dos resultados da investigação. Na primeira parte encontramos toda a revisão bibliográfica sobre duas grandes temáticas, a primeira direciona-se aos contextos assistenciais e a gestão em enfermagem e a segunda temática relacionada com a gestão de recursos humanos, como o centro do trabalho do enfermeiro gestor.

Na segunda parte será relatado todo o percurso metodológico do estudo, no qual é descrito todo o trabalho de campo, desde o seu planeamento a concretização, o instrumento utilizado, com fim de dar resposta às questões em investigação e efetuada a operacionalização das variáveis, respeitando todos os procedimentos éticos de investigação.

Na última fase, procedemos a apresentação dos dados com a finalidade de determinar o raio X da gestão operacional em enfermagem numa ULS, em que apresentamos os dados obtidos na investigação no âmbito do desenvolvimento de competências do enfermeiro gestor e gestão de conflitos. Seguidamente, estabelecemos um paralelismo com a literatura e os resultados mais significativos, com a pretensão de conduzir a uma reflexão crítica da realidade atual e a afirmação do enfermeiro gestor. Terminando com uma conclusão, no qual serão explorados as grandes reflexões alcançadas na realização do presente estudo e orientação para futuros processos de aprendizagem ou pesquisa.

Todo o processo iniciou-se com uma necessidade crescente do investigador em atualizar conhecimento, por questões de afetividade e motivação neste campo da investigação, uma vez que, acreditamos, genuinamente, que um gestor competente constrói equipa de sucesso, com índices de satisfação laboral e desempenho de excelência e qualidade. Tal desafio relaciona-se com a complexidade e diversidade de ambientes de atuação do enfermeiro gestor, pela multiplicidade de funções e territórios de atuação, com necessidades e competências específicas para uma resposta eficiente.

I PARTE – A GESTÃO EM ENFERMAGEM NOS DIFERENTES CONTEXTOS ASSISTENCIAIS

A gestão nas organizações de saúde visam controlar fatores económicos, de sustentabilidade, de qualidade e de satisfação quer dos profissionais e parceiros envolvidos, quer dos clientes que recorrem aos serviços oferecidos, quer da organização. Fato que leva a que a saúde, atualmente, seja percecionada como um negócio por seguir algumas orientações e regras de mercado, o que representa para os seus gestores um desafio, pela necessidade de conjugar orientações de negócio, com questões humanitárias e da assistência na saúde e na doença.

Neste contexto o enfermeiro gestor desempenha um papel determinante no sucesso e sustentabilidade da organização, independentemente do contexto assistencial, não só por gerir um dos maiores grupos profissionais da saúde, mas também pelo papel decisivo na avaliação das necessidades de todos os envolvidos, como pelo seu papel de proximidade e conhecimento do cliente e comunidade que procura os recursos escassos da saúde.

Tendo por base essas premissas parece-nos pertinente estudar o papel deste profissional e quais as suas competências na área da gestão em função do contexto assistencial em que está inserido. Assim, neste capítulo dissecaremos minuciosamente os diferentes contextos assistenciais e a sua evolução até a atualidade e as competências do enfermeiro gestor. Pelo que esta primeira parte do relatório assenta na revisão da literatura significativa sobre a temática em apreço, com o fim de orientar o progresso da pesquisa.

1 – CONTEXTOS ASSISTENCIAIS E GESTÃO EM ENFERMAGEM

Os enfermeiros gestores que pretendemos estudar fazem parte de um macro sistema o Sistema Nacional de Saúde (SNS), pelo que nesta primeira fase da investigação iremos procurar compreender o seu papel no contexto das organizações de saúde.

A saúde das populações é um fator determinante na evolução da sociedade, por refletir não só a qualidade e capacidade de resposta do setor da saúde, mas também por influenciar o progresso económico e social da mesma. Como tal, o SNS de um país e as suas organizações são fatores determinantes para o estado de saúde da população, porém, a sua evolução é influenciada por condicionantes complexos, que provocam necessidades constantes de adaptação e desenvolvimento de novos modelos organizativos (SOUSA, 2009) (DELOITTE, Consultores S.A., 2011) (CORTES, 2016).

SIMÕES (2009) refere que o SNS Português, tal como o de outros países, é influenciado por fatores que determinam a sua atividade, tais como a pressão demográfica associada à baixa natalidade e ao envelhecimento da população, que implica o aumento da esperança média de vida e o aumento da doença crónica, que em associação aos estilos de vida da população conduzem a um maior consumo de cuidados de saúde (DELOITTE, Consultores S.A., 2011). Outro fator elencado como tensão é a insustentabilidade do SNS, associada à crise financeira das contas públicas portuguesas, à desaceleração do crescimento económico e ao aumento da despesa do país (SIMÕES, 2009) (MATEUS, et al., 2017). Todos os determinantes representam um verdadeiro desafio para as organizações de saúde que buscam o sucesso no desempenho da sua atividade.

Com a finalidade de garantir a assistência de saúde à população Portuguesa, o SNS engloba uma tríade capital, constituída por três pilares fundamentais, assente em categorias diferenciadas de prestação de cuidados: os cuidados de saúde primários, os secundários ou hospitalares e os terciários ou continuados (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2009).

Os cuidados de saúde primários representam a primeira linha de atuação pela proximidade com a população, fator que deveria ser reconhecido pelos sucessivos Governos no que diz respeito à intervenção e investimento em políticas de saúde. Este facto foi evidenciado já em 1978 na conferência de Alma-Ata, organizada pela Organização Mundial da Saúde

(OMS), na qual foram discutidas questões relacionadas com as manifestas desigualdades do estado de saúde dos países subdesenvolvidos e desenvolvidos.

Os cuidados de saúde primários foram destacados como cuidados vitais; têm fundamentos teóricos, práticos e científicos baseados na melhor evidência, valorizados pelo estatuto social pois que, dispõem de aceitação e acessibilidade a toda a comunidade. Foram igualmente consagrados como o primeiro nível de contacto da população com o sistema de saúde de um país (Declaração de Alma-Ata, 1978).

A Entidade Reguladora da Saúde (2009) reconhece nos cuidados de saúde primários o recurso mais importante para a prevenção da doença e promoção da saúde, uma vez que implicam cuidados de baixo custo, em comparação com os cuidados de saúde diferenciados, e por ser possível estarem mais facilmente disponíveis para a população. Neste processo, é expectável que os cuidados de saúde primários desenvolvam a sua atividade no sentido de satisfazer as necessidades de saúde da população, pelo recurso à promoção, prevenção, tratamento, envolvimento e participação da comunidade (TORRES, et al., 2011).

Por outro lado, os cuidados de saúde secundários ou hospitalares compreendem todas as intervenções que visem a prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde, como também todas as atividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação, em meio hospitalar a doentes com doença aguda, que necessitem de cuidados especializados e diferenciados (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2009). Os cuidados são prestados em hospitais de diversos níveis de diferenciação, em função das necessidades dos utentes e podem implicar internamento; assim, pela sua especificidade, são cuidados mais dispendiosos para o SNS.

Para MATEUS e colaboradores (2017) os hospitais são organizações complexas pela confluência de diversas atividades, pelo ambiente tecnológico e pela diversidade de disciplinas que, em cooperação, respondem às necessidades de saúde da população. Definição reforçada pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) que define hospital como um

“estabelecimento de saúde (com serviços diferenciados), dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica”. (ACSS - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, 2010).

Os cuidados de saúde terciários ou continuados integrados englobam um grupo de intervenções continuadas de saúde e/ou apoio social, resultantes de uma avaliação conjunta, centralizada na reintegração global percebida como o método terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo. Estes cuidados têm como objetivo promover a autonomia, pela recuperação da funcionalidade do indivíduo dependente, pela sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto-Lei n.º 100/2006). Segundo o decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho as unidades e equipas que prestem este tipo de cuidados estarão englobadas numa rede de respostas integradas com ligação às redes nacionais de saúde e à segurança social.

Em Portugal, o SNS inclui prestadores públicos, privados e sociais (DELOITTE, Consultores S.A., 2011), o que cria alguns equilíbrios e desequilíbrios entre as organizações envolvidas, quer em termos de prestação, quer de financiamento e de regulação. O que para SIMÕES (2009) se revela algo necessário mas controverso, pois o sistema privado vende serviços aos cidadãos, mas também ao próprio SNS, acrescentando que os profissionais de saúde do sistema privado desempenham funções também no SNS, o que poderá conduzir a conflitos de interesse (MATEUS, et al., 2017).

Por outro lado, os constantes avanços na área da saúde, em resposta às necessidades das populações, revelam-se um desafio para as organizações de saúde que procuram equilíbrio entre o efeito custo-benefício dos cuidados de saúde, que anseiam a otimização dos recursos existentes e o combate ao desperdício (TORRES, et al., 2011).

LUCAS, citado por (MARGARIDO, 2013), destaca que o SNS Português “cresce mais depressa que a produtividade, desperdiça recursos, é ineficiente, tem uma qualidade organizacional medíocre, está bloqueado e o seu normal funcionamento está profundamente afetado” (MARGARIDO, 2013 p. 32). Assim, são apontadas como necessárias reformas que organizem a produção de cuidados, a alocação de recursos e processos constantes de avaliação, o que implica e impõe uma gestão sólida e eficiente das organizações de saúde. Para o autor, as reformas no SNS terão que visar “três vetores principais a racionalidade económica, gestão por objetivos e indicadores de desempenho” (MARGARIDO, 2013 p. 32).

No discurso dos autores está latente a necessidade de reformas que vão além das estruturas organizacionais, mas também dos modelos de gestão, de modo a que as organizações alcancem níveis de excelência na prestação de cuidados, ou seja, níveis de eficiência, eficácia e efetividade exigidas no mercado atual de saúde. Neste processo de

gestão, o enfermeiro gestor surge como o ator no seio das organizações que procura modificações no processo de trabalho, centradas na melhoria da prestação de cuidados de qualidade e excelência, mudanças com ação direta no ato de cuidar.

Com esta atuação, o enfermeiro gestor procura a qualidade dos cuidados no seio da organização de saúde, uma vez que tal lhe permite identificar falhas em rotinas e procedimentos, por uma constante atualização do conhecimento e envolvendo toda a organização na mudança (SIMAN, et al., 2011). Transformando-se assim numa peça significativa para a manutenção do SNS, mas também para as mudanças e inovação na organização da assistência em saúde.

1.1 – Contextos assistenciais do Hospital à Comunidade

O SNS Português foi criado em 1979, no entanto, antes da sua criação já existiam serviços que prestavam cuidados de saúde à população, cuidados que eram assegurados por instituições privadas das Misericórdias, de índole privada, e por instituições públicas em que o Estado se responsabilizava pela assistência aos doentes sem posses (TORRES, et al., 2011) (FERNANDES, 2013). Nessa altura, toda a legislação tinha uma conceção de assistência médico-sanitária assente num modelo benevolente (SOUSA, 2009).

Após a segunda grande guerra e até aos anos 60, os hospitais eram o elemento central do SNS; a sua maior parte pertencia às Misericórdias, que assumiam um papel de relevo na saúde (SOUSA, 2009). Porém, neste período, com a criação da Organização da Assistência Social e a publicação do Estatuto da Assistência Social, em 1944 e 1945, o Estado assume responsabilidades em duas vertentes: a primeira vertente, no seguro social, com a criação de serviços Médico-Sociais da Federação de Caixas de Previdência. Nos quais eram oferecidos cuidados de saúde aos beneficiários do seguro, sem a perspetiva de universalidade e acessibilidade em geral. A segunda vertente, direcionada à autoridade de saúde, era consagrada à necessidade de prevenir e controlar flagelos epidemiológicos, como, por exemplo, a tuberculose (SAKELLARIDES, et al., 2006) (TORRES, et al., 2011).

Nessa época, o sistema de saúde português apresentava uma elevada divisão nas estruturas de saúde, em que predominava o sistema biomédico, redutor para a

compreensão das doenças, e em que o modelo de gestão das organizações visava o controlo e comando da organização (SAKELLARIDES, et al., 2006) (SOUSA, 2009).

Em 1971, com a reforma do sistema de saúde conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”, surgem os centros de saúde de primeira geração, centrados essencialmente nas atividades de saúde pública, no entanto, o alargamento da assistência à população não passou de um esboço. Os centros de saúde surgiram com o decreto-lei nº 413/71, de 27 de setembro, que introduziu reformas conceituais e organizacionais nos serviços de saúde; refere na alínea 1 do 55º que os centros de saúde “são serviços oficiais do Ministério da Saúde e Assistência, responsáveis pela prestação de cuidados médicos de base, de natureza não especializada com o objetivo de assegurar a cobertura médico-sanitária da população da área que lhe corresponde” (Decreto-lei nº 413/71 p. 1423).

Porém, a grande viragem no serviço de saúde português acontece com a revolução democrática de 1974 - 1976, pela defesa de uma verdadeira intervenção social e financeira do Estado, em que é consagrado a todos os cidadãos o direito à proteção da saúde assegurada pelo setor público, sobre princípios de igualdade e universalidade. Surgindo em 1979 o SNS, pela lei nº 56/79 de 15 de setembro, que declara o acesso ao SNS a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, e que, com a revisão da Constituição Portuguesa em 1989, passa a ser considerado tendencialmente gratuito (SAKELLARIDES, et al., 2006) (SOUSA, 2009) (TORRES, et al., 2011).

Neste processo de viragem surge o decreto-lei nº 534/76, de 8 de julho que visava a aprovação do quadro do pessoal de enfermagem do Ministério dos Assuntos Sociais, pois uma reestruturação da função pública impunha-se para um “melhor aproveitamento dos quadros e uma maior eficiência dos serviços” (Decreto-lei n.º 534/76 p. 1496). Pelo que com o decreto-lei é criado o lugar de categoria de enfermeiro-chefe de centro de saúde e subchefe de serviços de enfermagem regional, na carreira de enfermagem de saúde pública, em comparação com as categorias já existentes no domínio hospitalar, pelo papel de relevo atribuído a estes profissionais pela proximidade com a população.

Contudo, apesar da aprovação de uma carreira transitória da carreira de enfermagem, não se verificaram mudanças significativas no plano real, até que em 1981, pelo decreto-lei nº305/81 de 12 de novembro, assiste-se a criação de uma nova carreira de enfermagem mais adaptada as realidades do país, com o fim de melhorar os cuidados de enfermagem, a gestão dos recursos humanos existentes e a eficiência dos serviços. Pelo que com a crescente necessidade de modernizar a Administração Pública era missão do governo

destacar as funções de direção e chefia, assim a carreira de enfermagem englobava três áreas de atuação a prestação de cuidados, a administração e a docência (Decreto-lei nº305/81).

A carreira de enfermagem encontrava-se dividida em cinco graus, em que o primeiro grau correspondia à categoria de enfermeiro; o grau dois às categorias de enfermeiro graduado e enfermeiro monitor; grau três às categorias de enfermeiro especialista, enfermeiro chefe e enfermeiro assistente. As categorias de enfermeiro supervisor e enfermeiro professor referem-se ao grau quatro e o grau cinco, representa o posicionamento do técnico de enfermagem.

O lugar na área da administração era ocupado pelo enfermeiro especialista no exercício de funções de chefia, ou seja, era um profissional detentor da categoria de enfermeiro chefe, grau três, e tinha o dever de gerir a unidade/ serviço de prestação de cuidados, orientar, supervisionar e avaliar os profissionais de enfermagem e outros hierarquicamente dependentes da unidade/ serviço que gere. Compete-lhe igualmente, cooperar na gestão do serviço e prestação de cuidados de enfermagem, com o fim de formação e orientação dos elementos da equipa. Para tal, tinha a incumbência de avaliar as necessidades de cuidados dos clientes, analisar o nível de cuidados prestados e propor melhorias. Colaborando para isso na formação de enfermeiros independentemente do nível, como igualmente planear, organizar e avaliar a formação em serviço (Decreto-lei nº305/81).

Neste processo de gestão era função do enfermeiro chefe participar em estudos no domínio da gestão de cuidados e serviços, com fim da melhoria contínua da qualidade, que seria uma das grandes missões do SNS.

O enfermeiro supervisor, grau quatro, na carreira de enfermagem além das competências anteriormente elencadas no âmbito da participação em estudos e na formação da equipa de enfermagem, acrescia funções direcionadas ao estabelecimento de padrões de atuação e de funcionamento dos serviços da organização ou a nível distrital. Também implicava orientar e avaliar as diretrizes dos serviços, propondo melhorias a nível dos cuidados e da gestão. Este profissional seria o responsável pela orientação, supervisão e avaliação dos enfermeiros chefes, participando também na gestão do serviço. Por último, tinha obrigação de fornecer apoio técnico, no âmbito das suas competências aos serviços de administração central (Decreto-lei nº305/81).

Na alínea 3 do artigo 6º do presente decreto-lei são elencadas as competências dos enfermeiros supervisores, nível quatro, que ocupam o lugar de direção de serviços de

enfermagem de uma organização ou distrito, ou seja, enfermeiro diretor. Este profissional tinha o dever de assegurar a gestão dos serviços de enfermagem que geria, coordenando, supervisionando e avaliando a atuação dos enfermeiros supervisores. Sendo esperado que participa-se na definição de políticas e programas de saúde e respetivas avaliações, elaborando anualmente o plano e relatório das unidades/ serviços. O que lhe iria permitir avaliar a eficiência e eficácia das unidades/ serviços de enfermagem e propor medidas de melhorias, quando necessário.

Nesta evolução, em 1984, surgem os centros de saúde de segunda geração, pela necessidade de agrupar os centros de saúde de primeira geração, especializados na área da saúde pública, com os Serviços Médico-Sociais da Providência, que desenvolvia atividades de âmbito essencialmente curativas, melhorando as questões anteriores de acessibilidade, apesar das manifestas deficiências em questões de qualidade (Despacho normativo n.º 97/83) (SOUSA, 2009) (TORRES, et al., 2011).

No 2º artigo do despacho normativo nº 97/83 de 22 de abril (Despacho normativo n.º 97/83 p. 1439), o centro de saúde é definido como uma “unidade integrada, polivalente e dinâmica que presta cuidados de saúde primários, visa a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se globalmente, a sua ação ao indivíduo, à família e à comunidade”.

Os cuidados de saúde primários são destacados como o pilar do SNS, uma vez que, pela sua maior proximidade das populações, assumem papel fundamental na prevenção da doença e na promoção da saúde e, pela articulação com outros níveis de cuidados, possibilitam a integração e continuidade dos cuidados (SOUSA, 2009) (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2009) (DELOITTE, Consultores S.A., 2011) (TORRES, et al., 2011). Como tal, os profissionais de enfermagem surgem como elementos de relevo o que conduziu a publicação do decreto-lei nº178/85 de 23 de maio.

O decreto-lei nº178/85 de 23 de maio veio impor apenas algumas alterações e ajuste no âmbito da carreira de enfermagem, apesar de reconhecida a necessidade de alterações mais profundas de reconhecimento da carreira, que ao se verificarem eram incompatíveis com a situação económica do país na altura. Porém na área da gestão não se verificam alterações nas categorias e suas funções, contudo, este viria revogar o decreto-lei nº 534/76, de 8 de Julho, e os decretos-leis nº 305/81, de 12 de Novembro, e 324/83, de 6 de Julho (Decreto-lei nº178/85).

A publicação da Lei de Bases da Saúde, em 1990, representou um momento determinante na reforma da saúde em Portugal, uma vez que introduziu mudanças, na responsabilização da saúde, que deixa de ser exclusivamente do Estado, ou seja, é um direito, mas também, em primeira análise, responsabilidade do indivíduo. Outra questão introduzida foi a possibilidade de serem cobradas taxas moderadoras, com o intuito de ajudar no financiamento da saúde (SOUSA, 2009) (TORRES, et al., 2011).

Todas as mudanças levaram a que no sistema de saúde português se verificasse a coexistência de três sistemas articulados: o SNS, ou seja, todas as organizações e serviços dependentes do Ministério da Saúde; subsistemas de saúde públicos de apoio, entidades públicas que desenvolvem atividades na área da saúde; e entidades privadas e profissionais liberais que acordam a prestação de cuidados de saúde com o SNS (SOUSA, 2009).

SOUSA (2009) defende que, na época e com a criação do SNS, era patente a necessidade de alterações na gestão e organização das instituições para garantir e melhorar a efetividade e eficiência do setor público da saúde, fator verificado no setor privado que assume um novo papel, nomeadamente na eficiência da gestão privada das organizações de saúde. No setor público, para agilizar todo o processo de gestão, procedeu-se à regionalização e integração do SNS, com a criação das Administrações Regionais de Saúde (ARS), que tinham competências para planificar, controlar, distribuir recursos, procurar e articular esforços entre cuidados primários, secundários e terciários (SOUSA, 2009) (TORRES, et al., 2011).

Como tal, surgem em 1993, com a aprovação do decreto-lei nº 11/93, de 15 de janeiro, as cinco atuais ARS, pela extinção das anteriores, criadas pelo decreto-lei nº 254/82, de 29 de junho, artigo 6º, que passam a deter “personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio” (Decreto-lei nº 11/93 p. 131). Estas unidades de saúde tinham como finalidade viabilizar a articulação entre os cuidados de saúde primários e os hospitalares, mas de igual forma dar resposta rápida e de qualidade às crescentes necessidades da população.

A sua flexibilidade na gestão de recursos, mais próxima do local onde os cuidados são prestados, permite a existência de mobilidade e contratação de recursos humanos mais célere, como também a promoção de práticas concorrenciais entre as organizações para a eficiência, qualidade e sustentabilidade (Decreto-Lei n.º 11/93).

Com o referido decreto-lei, os centros de saúde garantem financiamento para a sua atividade na ARS da sua respetiva área de que dependem orgânica e funcionalmente. Porém, o fim último do decreto-lei nº 11/93, de 15 de janeiro, de dotar de autonomia os

centros de saúde revelou-se gorado, pois assistiu-se sim à criação de novas estruturas intermédias que, apesar de reconhecerem os centros de saúde como o primeiro elo de ligação, promoção e melhoria da saúde da população, não lhes conferiram autonomia, mas sim dependência de uma estrutura intermédia.

Todo este processo foi ele também influenciado pela evolução e participação que os profissionais de enfermagem assumiam na esfera pública e política, isto porque, em 1991, assiste-se a uma nova revisão da carreira de enfermagem pela publicação do decreto-lei nº 437/91 de 8 de novembro, impulsionado pelo fato do ensino da enfermagem ter sido integrado no sistema educativo português, pela existência de um curso superior em enfermagem e correspondente atribuição de graus académicos. Outro aspeto valorizado e considerado relaciona-se com as mudanças na organização de saúde e novas perspetivas de gestão (Decreto-lei nº 437/91).

Assim, o decreto-lei nº437/91 de 8 de novembro, no artigo 3º define três áreas de atuação da carreira de enfermagem, a prestação de cuidados, a gestão e a assessoria técnica. O artigo 4º determina que o nível um engloba as categorias de enfermeiro e de enfermeiro graduado; o nível dois é composto pelas categorias de enfermeiro especialista e de enfermeiro chefe. As categorias de enfermeiro supervisor e de assessor técnico regional integram o nível três e por último no nível quatro temos a categoria de assessor técnico de enfermagem. No artigo 6º do presente decreto-lei é estabelecido que as categorias de enfermeiro chefe e supervisor e o cargo de enfermeiro diretor estão adstritos ao domínio da gestão.

O decreto-lei nº 437/91 de 8 de novembro define o conteúdo funcional de cada um das categorias. Do enfermeiro chefe é esperado que integre órgãos de gestão das unidades de cuidados, promova e colabore na determinação de normas e critérios de atuação na enfermagem, defina as necessidades de profissionais em função dos cuidados e proceda a sua distribuição. Deverá também estabelecer as qualificações exigidas aos profissionais de enfermagem em função dos cuidados a prestar e colaborar na elaboração do plano e relatório de atividades de enfermagem da unidade. Neste processo deverá implementar estratégias que promovam o nível de desempenho dos profissionais de enfermagem, comprometendo-se com a qualidade dos cuidados, pelo planeamento, concretização e avaliação.

Pelo que terá que assegurar os recursos materiais para o desempenho da atividade da equipa, integrando grupos de seleção de material e equipamentos assumindo assim o

controle e correta utilização dos mesmos, assegurando a determinação dos custos/benefícios dos cuidados, concorrendo com os novos padrões de gestão pública do Estado.

A promoção de boas relações interpessoais no seio da equipa multidisciplinar, a avaliação dos profissionais sob sua orientação e a divulgação de informação pertinente no seio da equipa são competências esperadas no enfermeiro chefe. De igual modo é função deste profissional promover, proporcionar condições, realizar estudos e trabalhos de investigação na área da prestação de cuidados e da gestão, utilizando os seus resultados para uma gestão mais eficiente e eficaz. Por fim, o decreto-lei define que o enfermeiro chefe terá que se responsabilizar pelo cumprimento das diretrizes emanadas pelos órgãos de gestão quer das políticas de formação, quer de parcerias de formação básica e pós básica dos enfermeiros, criando também condições para a formação de outros grupos profissionais e colaborando quando necessário.

Na categoria de enfermeiro supervisor, no decreto-lei nº437/91 de 8 de novembro é esperado que participe na definição de padrões de cuidados de enfermagem para a organização em colaboração com o enfermeiro diretor, que promova reuniões periódicas entre enfermeiros chefes de unidades de cuidados, permitindo troca de experiências, mas também orientando para o cumprimento das orientações emanadas pela organização e definidas para os serviços.

Será competência do enfermeiro supervisor colaborar na seleção e distribuição de profissionais, tendo em conta as necessidades, como também determinar critérios de mobilidade dos profissionais em conjunto com o enfermeiro diretor. Devendo proceder a avaliação dos enfermeiros-chefes e outras categorias, elaborar um plano e relatório de atividade dos serviços que gere em parceria com os enfermeiros chefes, e participar conjuntamente com o enfermeiro diretor na avaliação da qualidade dos serviços prestados na organização, orientando os enfermeiros-chefes para a avaliação da qualidade das unidades que gerem.

O decreto-lei define ainda que o enfermeiro supervisor terá que integrar as comissões para escolha de material e equipamentos de suporte a prática, como também colaborar na determinação de estudos prioritários para investigação, colaborando e participando na sua realização, utilizando os resultados para a melhoria da gestão da organização e determinem os efeitos custos/benefícios dos cuidados. Por último, é esperado que participe na definição e difusão das políticas formativas da organização e participe no estabelecimento de protocolos com instituições de ensino.

Por outro lado, ao enfermeiro diretor das organizações prestadoras de cuidados de enfermagem compete a integração nos órgãos de gestão da mesma, de modo a elaborar o plano de ação para o serviço de enfermagem tendo por base o plano e estratégia global da organização. Será expectável que defina padrões de avaliação dos mesmos, o que implica definir diretrizes formativas e de investigação. No processo de gestão o enfermeiro diretor terá que compatibilizar os objetivos da organização com os fundamentos da profissão de enfermagem. Elaborando propostos para os mapas de profissionais de enfermagem, admissão de enfermeiros, sua alocação e mobilização segundo critérios determinados pelos serviços.

Para promover a qualidade dos cuidados o enfermeiro diretor terá que recorrer a um sistema de classificação de clientes eficaz no cálculo das necessidades de cuidados de enfermagem, coordenando estudos que avaliem custo-benefício dos cuidados. Por último, o decreto-lei destaca a função de avaliar e coordenar o trabalho dos enfermeiros supervisores.

O decreto-lei nº437/91 de 8 de novembro estabelece que o acesso a categoria de enfermeiro-chefe far-se-á de entre os enfermeiros de nível um com pelo menos seis anos na categoria; dos enfermeiros graduados e especialistas independentemente dos anos na categoria, mas com avaliações de desempenho de satisfaz, seis anos de exercício profissional e que sejam detentores de pelo menos umas das habilitações: cursos superiores especializados em enfermagem que confira habilidades de gestão de serviços em enfermagem, curso de administração de serviços de enfermagem, um curso de especialização em enfermagem ou curso de gestão, que atribua no mínimo o grau académico de bacharel.

O acesso à categoria de enfermeiro-supervisor será efetuada pelos enfermeiros chefes e enfermeiros especialistas, com três anos na categoria, com classificação de satisfaz na avaliação de desempenho e uma das seguintes habilitações: curso de especialização em enfermagem que atribua competências para a gestão de serviços, curso de administração de serviço de enfermagem ou curso na área da gestão que atribua o grau académico de licenciado.

O acesso ao cargo de enfermeiro-diretor é efetuado por nomeação, em comissão de serviço, dos enfermeiros pertencentes ao nível quatro e três, desde que possua habilitações destacadas para a categoria de enfermeiro-supervisor. A nomeação é efetuada por três anos, que poderão ser renováveis.

Os enfermeiros gestores surgem no SNS como elementos de referência e impulsionadores de mudança e qualidade assistencial, como iremos destacar na revisão integrativa da literatura do presente relatório.

O SNS, como a carreira de enfermagem, mantém o seu processo de evolução e com o intuito de estabelecer o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, foi aprovado o decreto-lei nº 157/99, de 10 de maio, que foi revogado pelo decreto-lei nº 60/2003, de 1 de abril e ripristinado pelo artigo 2º do decreto-lei nº 88/2005, de 3 de julho, no qual se pretende atribuir personalidade jurídica aos centros de saúde, de modo a que possuam o mesmo nível de autonomia que os hospitais, com o fim de promover a qualidade e eficiência assistencial e gerencial, mantendo dependência no âmbito da coordenação, orientação e avaliação pela ARS (Decreto-lei nº 88/2005).

Neste processo, o decreto-lei nº 60/2003, de 1 de abril, introduz um novo modelo de organização dos cuidados de saúde primários mais próximos da população, definido como rede de prestação de cuidados de saúde primários, com o fim de se mostrar “mais eficiente, socialmente mais justo e solidário” (Decreto-lei nº 60/2003 p. 2119). Com o intuito de potencializar a sua missão, a rede de prestação de cuidados de saúde primários teria que assumir o papel impulsionador de articulação entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, para promoção da saúde e prevenção da doença.

O decreto-lei destaca que “a nova rede de prestação de cuidados de saúde primários tem como missão constituir a primeira linha e a base de toda a rede de cuidados de saúde em geral, tendo como principal referência a ação dos centros de saúde e dos médicos de família” (Decreto-lei nº 60/2003 p. 2119). Todavia, a criação da rede de prestação de cuidados revelou-se um fracasso ao tentar melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, pela sua inadaptação à realidade do país, uma vez que não foi valorizada a diversidade das dimensões dos centros de saúde dispersos pelo país e não lhes foi concedida nenhuma autonomia.

Assim, o decreto-lei nº 88/2005, de 3 de julho, reconhece os ganhos em saúde obtidos com a constituição das Unidades de Saúde Familiar (USF) e repõe em vigor o decreto-lei nº 157/99, de 10 de maio, “que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde e que consagra uma matriz organizativa com base em unidades de saúde familiar, embora em termos insuficientes” (Decreto-lei nº 88/2005 p. 3606).

Neste processo de criação das USF, o papel do enfermeiro gestor é negligenciado e assumido pelo coordenador médico, que delega algumas competências nos elementos de

enfermagem da equipa. O estudo sobre o novo modelo de gestão nas USF de BASTOS (2014) destaca que neste novo modelo de gestão se assiste essencialmente a descentralização da gestão e a inexistência da figura do enfermeiro chefe na estrutura orgânica da equipa. Para os participantes no estudo a ausência deste elemento conduziu a uma subcarga de trabalho para a equipa de enfermagem, pela delegação das funções sem horário adstrito à gestão e renumeração adequada para tal, potencializado pela relação de poder desigual. No estudo sobressaem ideias de perda de autonomia da profissão.

O decreto-lei nº 156/99, de 10 de maio, introduziu o conceito de Sistemas Locais de Saúde (SLS), que seriam compostos por um conjunto de recursos em articulação, com trabalho de complementaridade e organizados tendo por base critérios geográficos e populacionais. Desse modo, os SLS eram formados “pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicas e privadas, com ou sem fim lucrativos, com intervenção direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde” (decreto-lei nº 156/99 p. 2421). Esta nova unidade funcional tinha como fim facilitar a acessibilidade ao sistema de saúde, promovendo a sua eficiência, uma vez que a procura dos cuidados de saúde é orientada num circuito lógico e racional (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2009).

O regime dos SLS tinha como missão primordial colocar o cidadão no centro do sistema de saúde, em que, de uma forma integrada e interligada, é esperado que as entidades de saúde se articulem para dar resposta às necessidades de saúde da população, facilitando a acessibilidade com rapidez e qualidade. Na tentativa de ir ao encontro da prioridade de continuidade de cuidados, de potencializar a comunicação e coordenação entre hospital, centros de saúde e comunidade foram criadas as Unidades Locais de Saúde (ULS).

As ULS tinham como base a prestação de cuidados de saúde integrados entre cuidados diferenciados e cuidados de saúde primários, agregados numa entidade única, de natureza pública empresarial, à população de uma área geográfica (DELOITTE, Consultores S.A., 2011). Surgiu em 1999, a ULS Matosinhos como projeto-piloto, pelo decreto-lei nº 207/99, de 9 junho, que integra o Hospital Pedro Hispano e os centros de saúde de São Mamede, Matosinhos, Senhora da Hora e Leça da Palmeira (Decreto-lei nº 207/99).

Esta experiência foi alargada a outros locais do país, como referido no decreto-lei nº318/2009, de 2 de novembro, pelo carácter inovador e demonstrar ser o mais adequado na “prestação de cuidados de saúde à população, cujos interesses e necessidades importa, em primeiro lugar, salvaguardar” (Decreto-lei nº318/2009 p. 8310).

Visando a promoção da autonomia dos hospitais e estabilidade dos órgãos de gestão, foi publicado o decreto-lei nº 27/2002, de 8 de novembro, que aprova o novo regime de gestão hospitalar, alterando o primeiro decreto-lei nº 48/1990, de 24 de agosto. O decreto-lei nº 27/2002, de 8 de novembro, conhecido como a Lei de Gestão Hospitalar, prevê a “criação de unidades de saúde com natureza de sociedades anónimas de capitais públicos” (Decreto-lei nº 27/2002 p. 7150).

Surgem assim, em 2002, os hospitais SA (Sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos) e o Programa de Parcerias Público-Privadas, com o fim de mobilizar investimento não público para o sistema de saúde, pela concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de cariz social ou mesmo por um investimento conjunto entre as entidades e o Estado. A parceria assentava em “princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e demonstração de benefícios para o serviço público de saúde” (Decreto-Lei n.º 185/2002 p. 5852).

Esta reforma conduziu à transformação de 34 hospitais do setor público administrativo (SPA) em 31 hospitais SA, pelo decreto-lei nº 27/2002, de 8 de novembro (Decreto-lei nº 27/2002). Pela leitura da lei, constata-se que os hospitais pertencentes à rede de cuidados de saúde podiam deter uma das seguintes figuras jurídicas:

*“a) estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira com ou sem autonomia patrimonial,
b) estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial,
c) sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos,
d) estabelecimentos privados, com ou sem fim lucrativos, com quem foi celebrado contracto”* (Decreto-lei nº 27/2002, 2002 p. 7151).

Em 2005, os hospitais SA foram, por decreto-lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, transformados em entidades públicas empresariais (EPE), facto que permitiu compatibilizar a natureza das instituições hospitalares, sob a tutela dos Ministérios da Saúde e das Finanças, com a gestão empresarial por objetivos, permitindo a flexibilidade, mas aumentando a exigência, o que promove a qualidade dos serviços e a acessibilidade da população a cuidados de saúde, mas também o reconhecimento de mérito da organização e dos profissionais de saúde (DELOITTE, Consultores S.A., 2011).

Por outro lado, o fim último desta transformação era melhorar o desempenho das instituições hospitalares e consequentemente do SNS, pela diminuição dos gastos, orientação para os resultados e atribuição de prémios em função da qualidade e resultados da organização. Assim, os hospitais EPE dispõem de autonomia financeira, mas sob a tutela

dos Ministérios das Finanças e da Saúde, a sua gestão é assente em contratos programa que têm por base orçamentos anuais e negociações entre o hospital e a tutela, representada pela ARS da área (MOREIRA, 2016).

Em Portugal, numa tentativa de garantir a acessibilidade, a universalidade, a tendencial gratuitidade do SNS e oferecer resposta às necessidades da população e não em função da sua capacidade financeira, foi assumida a responsabilidade coletiva de financiamento do SNS, através maioritariamente dos impostos, o que coloca questões de sustentabilidade do SNS (ANJOS, 2015). Tais problemas de sustentabilidade do SNS levaram à introdução do conceito de mercado, a novas formas de gestão mais flexível e autónoma das empresas públicas, surgindo assim o conceito de Nova Gestão Pública na área da saúde, em que a tendência é a contratualização de entidades privadas e sociais, para a prestação de cuidados.

Nesta perspetiva, surge o conceito de empresarialização no ambiente hospitalar, em que constatamos uma separação entre o financiamento e o fornecimento de bens sociais, através da contratualização, pelo reforço da autonomia no processo de gestão, pela estimulação da produtividade com recurso a incentivos, pela definição de regras de mercado concorrencial, por uma descentralização de serviços e redefinição da estrutura organizacional (SOUSA, 2009) (ANJOS, 2015).

TORRES e colaboradores (2011) defendem que a melhoria contínua da qualidade assistencial, pela rapidez no acesso aos serviços de saúde, em que existe uma gestão eficaz, com ganhos em eficiência, pela responsabilização dos custos em saúde, pela gestão dos recursos humanos e materiais existentes, deve sempre assegurar o princípio da equidade e a sustentabilidade económico-financeira do SNS. No entanto, um sistema de saúde eficaz dependente de sistemas estruturados e articulados que promovem a eficiência dos serviços e a satisfação da população (TORRES, et al., 2011).

No âmbito dos cuidados de saúde primários e tendo por base o trabalho positivo desenvolvido pelas USF no âmbito dos cuidados de saúde primários, o programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009) prevê medidas de reestruturação e reforço destas unidades.

Para tal, foi aprovado o despacho normativo nº9/2006, de 16 de fevereiro, que estabelece o regulamento para o lançamento e implementação das USF. O despacho define USF como “a célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa,

funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde” (Despacho normativo nº9/2006 p. 1256). A criação destas novas unidades visa garantir a maior acessibilidade, “continuidade, globalidade, efetividade, eficiência e qualidade na prestação de cuidados de saúde” (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2009 p. 9).

O despacho normativo nº 10/2007, de 26 de janeiro, introduziu alterações ao despacho anterior, ao estender o regime remuneratório experimental estabelecido para os médicos aos restantes membros da equipa, com o fim de premiar o desempenho individual e coletivo, para potencializar a eficácia, eficiência e acessibilidade aos cuidados de saúde, às USF modelo B. Porém, o despacho refere a obrigatoriedade de “acompanhamento e controlo de procedimentos e avaliação de resultados” (Despacho normativo nº 10/2007 p. 5588).

Com a implementação das USF, a portaria nº 1368/2007, de 18 de outubro, vem fixar a carteira básica de serviços e os princípios para carteiras adicionais de serviço, permitindo que todas as unidades possuam um compromisso assistencial nuclear, para garantir a prestação de atos de vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diferentes etapas da vida, acompanhamento em situações de doença crónica, cuidados domiciliários e interligação e cooperação com outros serviços, organizações e níveis diferenciados da saúde (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2009).

Nesta reformulação, o governo criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) com o intuito de melhorar o acesso da população às unidades e potencializar a gestão das mesmas. O decreto-lei nº 38/2008, de 22 de fevereiro, (Decreto-lei nº 38/2008 p. 1182) define ACES como “serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agregam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica”.

Os ACES estão integrados nas ARS e são compostos por USF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), e outros serviços que possam ser necessários, segundo avaliação da ARS. Cada uma das unidades referida é dotada de uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, mas trabalhando em intercooperação com as restantes unidades e ACES.

A gestão dos ACES é efetuada pela elaboração de contratos-programa com a ARS, nos quais são definidos qualitativa e quantitativamente os objetivos do ACES, recursos alocados para a consecução dos mesmos e regras para a sua execução. Por outro lado, o ACES irá contratualizar com as diferentes unidades funcionais, no sentido de dar cumprimento ao estabelecido com a ARS (Decreto-lei nº 38/2008).

Atualmente, perante esta nova reforma do SNS ao nível dos cuidados de saúde primários, na busca da promoção da autonomia e qualidade assistencial, existem diferentes unidades funcionais com atribuições distintas. A Unidade de Saúde Pública (USP) tem como finalidade ser o observatório da saúde da população, pela recolha de informação que permite a caracterização demográfica da população, como também identificar as necessidades da mesma. A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) tem função de consultadoria e assistência às unidades funcionais do ACES e de potencializar a articulação com os serviços hospitalares.

As USF e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) têm como missão a prestação de cuidados de saúde aos indivíduos inscritos na unidade funcional de uma área geográfica. As Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) têm como finalidade a prestação de cuidados de saúde, psicológicos e sociais de cariz domiciliário e comunitário, a indivíduos, famílias ou grupos em situação de risco e vulnerabilidade. Também é sua missão a educação para a saúde da comunidade, criação e articulação com redes de apoio e unidades móveis de intervenção, para garantir a continuidade e qualidade dos cuidados.

Toda esta reforma, com a criação dos ACES, visa a transferência de competências e poder de decisão para os locais de proximidade da população, no entanto, todo este processo falhará se os ACES não forem dotados de rigorosos sistemas de informação, formação e desenvolvimento de competências necessárias aos profissionais com funções de gestão que possam garantir o sucesso de toda esta reformulação organizacional do SNS (FERNANDES, 2013).

O Governo, com a finalidade de englobar num único documento o regime jurídico das entidades que constituem o SNS, regula o regime jurídico e os estatutos aplicados às unidades de saúde do SNS com natureza de EPE, bem como das do Setor Público Privado (SPA), no decreto-lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro. Este visa melhorar e potencializar a articulação entre os diversos níveis de cuidados, como dos cuidados de saúde primários e hospitais, dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados integrados e

paliativos, de modo a gerar eficiência e eficácia do SNS e capacitação profissional das equipas (Decreto-lei nº 18/2017 p. 694).

O mesmo é destacado como um instrumento para a reforma do SNS, por permitir

“(i) a nível organizativo a possibilidade de serem criados Centros de Responsabilidade Integrada com vista a potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados; (ii) a nível da gestão uma maior capacitação dos conselhos de administração e dos órgãos de gestão intermédia cujos membros deverão possuir formação específica relevante em gestão em saúde e experiência profissional adequada; (iii) o conselho de administração passa a integrar um elemento proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças; (iv) a integração no conselho de administração, no caso das unidades locais de saúde, de um vogal proposto pela respetiva Comunidade Intermunicipal, ou pela respetiva área Metropolitana; (v) os processos com vista à nomeação de diretores de serviço devem ser alvo de aviso público, de modo a permitir a manifestação de interesse individual em nome da transparência e da igualdade de oportunidades.” (Decreto-lei nº 18/2017 p. 694).

Neste processo de reestruturação dos cuidados de saúde, com a finalidade de reduzir os internamentos desnecessários e os episódios de recorrência ao serviço de urgência, por lacunas no acompanhamento continuado, que segundo FERNANDES (2013) conduz a reinternamentos hospitalares e conseqüentemente ao aumento dos custos do SNS, surge a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) pelo decreto-lei nº 101/2006, de 6 de junho.

No presente decreto-lei é reiterado que a Rede é composta por “unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais” (Decreto-lei nº 101/2006 p. 3857).

As unidades são constituídas por equipas multidisciplinares provenientes dos cuidados de saúde primários e das instituições de apoio social, de forma a garantir a resposta às necessidades dos utentes, independentemente da idade e que se encontrem em situação de dependência. Como tal, a prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por Unidades de Internamento, Unidades de Ambulatório, Equipas Hospitalares e Equipas Domiciliárias, com o objetivo de promover o bem-estar das pessoas, pela promoção da sua autonomia e pela recuperação ou manutenção da sua funcionalidade, num trabalho em rede, integrado e articulado (Decreto-lei nº 101/2006).

FERNANDES (2013) refere que a coordenação da RNCCI é realizada a nível regional pelas Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), na qual existem profissionais da saúde e da segurança social com experiência profissional nas áreas de planeamento e gestão, com o intuito de garantir a acessibilidade, a equidade, a qualidade nos cuidados prestados e uma articulação eficaz e efetiva entre as unidades da Rede.

A nível local, dispomos das Equipas Coordenadoras Locais (ECL) a quem compete garantir e articular com as equipas locais da Rede, analisar a informação clínica e social, os objetivos terapêuticos propostos pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) ou pelas equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários, de modo a orientar a admissão do utente numa unidade da Rede.

As unidades que compõem a Rede dividem-se em Unidades de Internamento, Unidades de Convalescença, nas quais existem as seguintes unidades de assistência: Unidades de média duração e reabilitação; Unidades de longa duração e manutenção; Unidades de cuidados paliativos. Nas Unidades de Ambulatório, encontram-se as unidades de dia e de promoção da autonomia; nas Equipas Domiciliárias, as Equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) e as Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (Decreto-lei nº 101/2006, 2006).

A manutenção da RNCCI está dependente da sua sustentabilidade, no entanto, com o fim de o assegurar, a comparticipação da Rede é garantida, em função de um plano de intervenção individual, pelo SNS, pela Segurança Social e pelo utente ou família (FERNANDES, 2013).

Em suma, o SNS é composto por todas as organizações que estão dependentes do Ministério da Saúde, por meio de uma administração indireta e prestam cuidados de saúde em rede.

Pela análise da evolução do SNS Português, constatamos que o SNS concerne todos os cuidados integrados de saúde, que impliquem “a promoção e vigilância da saúde, a prevenção e diagnóstico da doença, o tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social” (FERNANDES, 2013 p. 11). É composto por órgãos com diferentes funções que se articulam a nível central, regional e local, e que dispõe de prestadores de cuidados primários, secundários e terciários. Contudo, o grande problema do SNS prevalece e prende-se com a sustentabilidade financeira do mesmo, pelo “facto de o estado ter assumido a responsabilidade dos objetivos e das despesas do SNS, através do orçamento Geral do Estado” (FERNANDES, 2013 p. 12).

Na tentativa de solucionar os problemas de sustentabilidade e eficácia do SNS, a Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, propõe um novo regime de gestão hospitalar aplicável a estabelecimentos hospitalares incluídos na Rede de Prestação de Cuidados de Saúde, em que a gestão passa a ser do tipo empresarial. Por outro lado, o decreto-lei nº 60/2003, de 1 de abril, reorganiza a Rede da Prestação de Cuidados de Saúde Primários, que passa a ser formada por centros de saúde pertencentes ao SNS, por entidades privadas, com e sem fins lucrativos e por profissionais em regime liberal, que prestam cuidados de saúde primários às populações (FERNANDES, 2013).

A reorganização da estrutura de ofertas de cuidados de saúde tem em vista a melhoria na prestação de cuidados; a rapidez de acesso, por parte do cidadão; a garantia da eficácia e corresponsabilização dos custos em saúde; o combate ao desperdício, por uma adequada reorganização e distribuição de recursos e materiais; a garantia de equidade de cuidados, mas também a sustentabilidade do SNS (TORRES, et al., 2011). No entanto, a eficácia de um sistema de saúde só é possível quando centrado na satisfação dos clientes, com um trabalho em rede e articulação (TORRES, et al., 2011) (OUVERNEY, et al., 2013) e com uma gestão eficiente, por parte dos gestores da organização, do qual destacamos, do enfermeiro gestor.

1.2 – Gestão em Enfermagem

A enfermagem, como ciência e prática social, é determinante e primordial em qualquer fase da vida do indivíduo, com o fim de promover, prevenir e recuperar a saúde individual e coletiva de uma comunidade, todavia, a enfermagem nem sempre foi considerada uma profissão, uma disciplina com um conjunto de conhecimentos próprio e de relação com os outros.

RODRIGUES (2001) perspetiva a história da enfermagem em três tempos cronológicos: o antes, o durante e o depois da Idade Média. A enfermagem tem a sua génese nos primórdios dos tempos, na prática de cuidados exclusivos da mulher no seio da família e comunidade, com um conhecimento oriundo da acumulação de saberes e experiências, que lhe permitia cuidar das pessoas em diversas etapas da vida. O conceito de saúde/doença,

nos primórdios, centrava-se numa conceção ligada ao sobrenatural, em que o ser humano era premiado ou castigado por ação dos espíritos.

Na sociedade grega, a influência sobrenatural perde força e formula-se a crença de que a doença surge por alterações dos humores, em consequência de causas concretas. Nesta fase, o ato de cuidar estava relacionado com as funções domésticas: os escravos das pessoas com posses assumiam tais funções. No entanto, com a ascensão do Cristianismo e do poder da Igreja, a ótica de saúde/doença advinha do poder divino que agraciava os bons cristãos e castigava os pecadores, centrando-se todo o poder de absolver e cuidar nas pessoas ligadas à Igreja ou a leigos com acentuado espírito de caridade (RODRIGUES, 2001) (LIMA, 2010).

A enfermagem desenvolveu-se sob um modelo religioso em que cuidar do outro possibilitava a remissão dos pecados perante Deus. Porém, este modelo sofre algumas alterações no final do século XVIII, com o Capitalismo e a ascensão de outras classes sociais, como a burguesia, em que o modelo religioso é substituído pelo vocacional, ou seja, em que pessoas leigas assumem a arte de cuidar.

O cuidado em enfermagem leigo tinha por base princípios

“religiosos de caridade, amor ao próximo, doação, humildade (...) os ensinamentos de amor e fraternidade transformaram não só a sociedade, mas também o desenvolvimento da enfermagem, marcando, ideologicamente, a prática de cuidar do outro e modelando comportamentos que atendessem a esses ensinamentos” (PADILHA, et al., 2005 p. 723).

Só na segunda metade do século XIX, surge a enfermagem moderna, com Florence Nightingale, com a sua participação como voluntária na Guerra da Crimeia, em 1854. Ao organizar um hospital com 4000 soldados internos, a análise de fatores e condicionantes que influenciavam a mortalidade e morbilidade dos soldados e a alteração de práticas de enfermagem permitiu-lhe reduzir a mortalidade no hospital de 40% para 2% (PADILHA, et al., 2005) (POLIT, et al., 2011) é o reconhecimento do trabalho de enfermagem.

Tal feito conduziu à criação da primeira escola de enfermagem no Hospital Saint Thomas, na qual eram explorados os conhecimentos aprendidos com as irmãs de caridade no tempo de guerra e das suas análises estatísticas, que ligavam as condições sanitárias deficientes ao aparecimento de certas doenças, como a cólera e a disenteria (PADILHA, et al., 2005) (POTTER, et al., 2013).

POTTER e colaboradores (2013) defendem que Florence Nightingale concebeu a primeira filosofia de enfermagem, sustentada em pilares como a manutenção e a restauração da saúde, em que o enfermeiro assumia a responsabilidade pela saúde dos indivíduos, recorrendo a um conhecimento próprio da profissão que lhe permitia ajudar o doente a recuperar ou libertar-se da doença.

Neste processo de afirmação como profissão, a enfermagem depara-se com transformações no ambiente hospitalar, que até então era dominado pelas irmãs de caridade, que, de uma forma pacífica, se deixaram subordinar pela classe médica que, ao reconhecer o hospital como um espaço de saber e poder, assume o seu controlo (PADILHA, et al., 2005). Assim, a profissão debate-se com uma imagem social de grupo profissional meramente executor de técnicas e subordinado à classe médica (KURCGANT, et al., 2011) (MATEUS, et al., 2017).

No entanto, perante a crescente necessidade de reorganizar e responder às necessidades sociais, provenientes das sequelas da Guerra da Crimeia, a enfermagem assume o projeto político-social da altura e afirma-se no seio das organizações hospitalares, impulsionada pelas ideias de Florence Nightingale de que a enfermagem poderia ser respeitada e valorizada como um profissão, exercida por mulheres provenientes de diferentes classes sociais (PADILHA, et al., 2005) (KURCGANT, et al., 2011).

GOMES (1997), citado por KURCGANT (2011) refere que o trabalho de enfermagem se estruturou, assim, em três rumos: o primeiro orientado para o cuidado do doente, recorrendo à regularização das técnicas de enfermagem; outro direcionado para o ambiente terapêutico, com recursos a medidas de higienização e qualidade do ambiente; e por último, focou-se na necessidade de gerir os profissionais de enfermagem, com o auxílio do treino, utilizando as técnicas e o conhecimento da enfermagem, foram assim lançados os pilares da gestão em enfermagem.

Surge nesta altura, com a enfermagem moderna, a gestão em enfermagem no seio das organizações de saúde, pela gestão do ambiente organizacional e pela capacitação dos profissionais, demarcando-se a formação de duas categorias profissionais as *lady nurses* e as *nurses* (KURCGANT, et al., 2011).

Em Portugal, a referência ao papel do enfermeiro gestor como profissional responsável pela gestão de unidade/ serviços de saúde surge com o decreto-lei nº305/81 de 12 de novembro, como já explanado, até sofrer alterações significativas com a publicação do decreto-lei nº 248/2009 de 22 de setembro sobre a carreira de enfermagem que, “pela sua

especificidade, conteúdo funcional e independência técnica, (...) não permite a integração da carreira de enfermagem na carreira geral da função pública” (MATEUS, et al., 2017 p. 48). Neste decreto-lei, a carreira organiza-se por categorias: a de enfermeiro e a de enfermeiro principal, desaparecendo a referencia a categoria de enfermeiro gestor da mesma.

O acesso ao primeiro nível da carreira é obtido pela conclusão da Licenciatura em enfermagem e obtenção do título profissional conferido pela Ordem dos Enfermeiros. Por outro lado, o acesso à categoria de enfermeiro principal será determinado pela atribuição do título de enfermeiro especialista pela Ordem dos Enfermeiros e um tempo mínimo de cinco anos de experiência profissional. O artigo 18º do referido decreto-lei destaca que, para o exercício de funções de direção e chefia nas organizações de saúde, os profissionais de enfermagem terão que ser detentores da categoria de enfermeiro principal, ou estarem já inseridos em categorias designadas pelo diploma como subsistentes, desde que se verifiquem as condições para ingresso na categoria de enfermeiro principal (Decreto-lei nº 248/2009).

Assim, tendo por base a atual carreira de enfermagem, o enfermeiro gestor terá que ser o profissional detentor da categoria de enfermeiro principal e terá competências para:

- *“planear e incrementar acções e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição ou utilização de indicadores e respectiva avaliação, bem como à coordenação de equipas multiprofissionais;*
- *exercer funções de assessoria ou consultadoria de natureza técnico-científica, em projectos ou programas;*
- *participar nos processos de contratualização inerentes ao serviço ou unidades funcionais e colaborar nos dos serviços;*
- *coordenar funcionalmente grupos de enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço ou de equipa multiprofissional da unidade funcional, em função da organização do trabalho”* (MATEUS, et al., 2017 p. 51)

Porém, para além das competências descritas, é esperado que o enfermeiro principal desempenhe funções inerentes à categoria de enfermeiro, que são desenvolvidas pelo enfermeiro especialista, no que concerne a:

- pertencer a júris de concursos, ou em áreas de avaliação na sua área de competência;
- a reconhecer e promover a rentabilização de recursos para a prestação de cuidados de enfermagem;

- na definição de indicadores e orientação dos profissionais de enfermagem no seio da equipa multiprofissional;
- na capacitação e participação na formação de estudantes e profissionais de enfermagem (MATEUS, et al., 2017).

No artigo 10º do capítulo III do decreto-lei nº 248/2009, de 22 de setembro, está explanado um grupo de competências direcionadas a enfermeiros em cargos de chefia, nomeados em comissão de serviço para órgãos intermédios das organizações de saúde do SNS. Tais competências implicam a gestão de serviços, o planeamento, organização e avaliação do trabalho da equipa, a alocação de recursos, garantindo padrões de qualidade dos cuidados e a prática de enfermagem pela evidência científica e clínica. Neste processo, compete ao enfermeiro gestor efetuar a alocação de recursos em função das necessidades previstas, pela elaboração de planos de trabalho, horários e férias.

Além das competências elencadas, o presente decreto-lei destaca competências para assumir lugares de gestão e assessoria, participando em processos de contratualização, promovendo e concretizando compromissos imputados aos órgãos de gestão da organização, pautando toda a atividade da organização pela produtividade e qualidade, garantindo e apoiando processos de desenvolvimento profissional continuado dos profissionais de enfermagem. Por fim, são realçadas competências de assessoria aos gestores de topo da organização, em processos de contratualização de profissionais de enfermagem, em função das necessidades detetadas para o cumprimento do plano estratégico da organização (Decreto-lei nº 248/2009).

A progressão na carreira, segundo o decreto-lei, seria por concurso, contudo, a nomeação do enfermeiro principal, para exercer funções de direção e chefia nas organizações do SNS, era efetuada por nomeação pelo órgão de administração e por proposta da direção de enfermagem, em comissão de serviço pelo período de 3 anos, renováveis (MATEUS, et al., 2017). Todavia, a existência de um decreto-lei regulador da carreira de enfermagem, datado de 2009, nada introduziu na profissão, uma vez que, em momento algum, foram realizados concursos para ingresso na nova carreira, o que conduziu à estagnação da profissão em termos de carreira, à desmotivação e insatisfação dos profissionais de enfermagem.

Não obstante a não existência de enfermeiros principais, os processos de gestão em enfermagem são desempenhados pelos enfermeiros chefes subsistentes e por outros enfermeiros nomeados para a função, segundo critérios internos da organização de saúde.

Contudo, atualmente a profissão de enfermagem vive um momento de discussão de uma nova carreira pelo que se espera com visibilidade para esta área de atuação.

Assim, após o registo da evolução da carreira de enfermagem podemos questionar o que será então gestão em enfermagem?

A enfermagem é uma profissão centrada na pessoa e na continuidade de cuidados, processo que exige o empenho de todos os elementos da equipa, incluindo do enfermeiro gestor, que acumula ainda a responsabilidade de manutenção e provisão de serviços e cuidados que satisfaçam as exigências e expectativas dos clientes, como também da equipa de saúde (MALAGUTTI, et al., 2009).

MATEUS e colaboradores (2017) salientam vários autores, tais como DONNELLY e colaboradores (2000), CHIAVENATO (2001), PARREIRA (2005), TAPPEN (2005), que discutem o conceito de gestão e administração como configurando o mesmo significado, em que gestão impunha o processo de orientar atividades, de forma a conduzir a resultados que isoladamente o indivíduo não atingiria, e administração como um processo de superar objetivos por intermédio do trabalho de equipa e dos recursos existentes, de modo eficaz e eficiente. Destaca que o sucesso e a subsistência da organização decorrem diretamente do profissional que tem funções administrativas, pela forma com gere os colaboradores.

Já para CARVALHO e SANTOS (2011), administração implica analisar os objetivos da organização e moldá-los em resultados, recorrendo ao planeamento, organização, direção e controlo. Ou seja, os autores encaram administração como um processo de tomada de decisão, em que, em função dos objetivos e resultados da organização, são determinados os recursos, atividades e metas para o sucesso da mesma.

Na investigação, SOTO-FUENTES e colaboradores (2014) identificam uma conceção de gestão e administração em enfermagem com diferentes dimensões, sendo o primeiro, o domínio individual, que se foca no processo de gestão em enfermagem centrado na avaliação, planeamento e prestação de cuidados; um segundo domínio, partilhado com outros grupos profissionais, relacionado com a gestão de recursos humanos e materiais, e por último, o domínio da liderança, autonomia e proatividade, considerada como uma dimensão particular de várias profissões e de formação pré e pós-graduada.

Na investigação os autores foram mais longe, ao identificar pequenas diferenças entre o processo de gestão e o de administração. Assim, gestão será “um conceito amplo e relaciona-se com tomada de decisão sobre aspetos económicos, financeiros e políticos.

Administração consiste em alocar, otimizar recursos e executar tarefas com ferramentas pré-estabelecidas” (SOTO-FUENTES, et al., 2014 p. 86).

Por outro lado, KURCGANT e outros (2011) apresentam dois modelos pelos quais o processo de gestão poderá ser orientado, o modelo racional centra-se no indivíduo e na organização, tendo por base a Teoria Geral da Administração (TGA). Assim, o enfermeiro gestor deverá analisar os objetivos da organização e transcrevê-los para o plano estratégico da mesma, de modo a organizar, orientar e controlar todo o esforço dos profissionais aos diferentes níveis, para o sucesso da organização.

Para os autores supracitados, o modelo racional tem enfoque na Teoria de Taylor que concebe a organização como um todo, a qual desenvolve a sua atividade para os objetivos comuns e corporativos. O trabalho é orientado para a execução de tarefas, com tempos descritos, para uma produção em série e em massa, evidenciando-se a fragmentação do trabalho. Porém, o modelo racional, revela-se desadequado quando falamos de gestão em enfermagem, visto que, apesar da racionalidade fundamental, constata-se a necessidade de flexibilização para poder dar resposta às necessidades capitalistas e de globalização da saúde.

A flexibilidade associada ao modelo racional implica a produção voltada para a satisfação das necessidades, pelo recurso ao trabalho de equipa, pela “redução da estrutura hierárquica, dos postos de trabalho e a intensificação do ritmo de trabalho de enfermagem, denotando-se a sua real intencionalidade, que é a geração de lucratividade” afirma FELLI (2002) citado por KURCGANT (2011 p. 8).

Outro modelo, destacado por KURCGANT e colaboradores (2011), é o modelo histórico-social, no qual a gestão em enfermagem será efetuada tendo por base as tendências de saúde da comunidade, o histórico e as necessidades da mesma, tentando responder às expectativas e contrariedades latentes no dia-a-dia da organização. Com este modelo, verificamos uma mudança organizacional: a organização não está só centrada no controlo dos processos de trabalho mas também na satisfação das necessidades e expectativas dos clientes e profissionais. Tal conduz a uma democratização da organização e a um ganho de autonomia dos profissionais.

O foco da gestão muda para o cliente, para a melhoria contínua da qualidade dos processos operacionais e estratégicos da organização, para a evidência de resultados avaliados por indicadores de qualidade e produtividade (MALAGUTTI, et al., 2009). Perante isto, na saúde, as organizações terão que ser permeáveis e aceitar a influência de diferentes

intervenientes individuais e sociais nas políticas de saúde, terão que permitir influenciar e ser influenciadas pelo meio no qual estão inseridas.

Em suma, a gestão em enfermagem, tendo por base a mudança de paradigma com a Nova Gestão Pública, exige inovação e qualidade ao SNS. O papel do enfermeiro gestor transforma-se de “enfermeiro chefe de setor” para o de “gestor da unidade estratégica de negócios”, em que terá que conhecer e intervir no todo da organização e não só no que tradicionalmente lhe era atribuído, a enfermagem (MALAGUTTI, et al., 2009 p. 42). É esperado que o enfermeiro gestor participe na gestão dos custos da prestação de cuidados, assegurando e demonstrando que aquele cuidado praticado ao cliente é o mais adequado em questões de custo-efetividade.

Por outro lado, MATEUS e outros (2017) elencam diversos autores que sugerem categorizar os gestores da organização, tendo por orientação o seu nível hierárquico dentro da organização e as suas competências. Assim, ao presidente do conselho de administração e ao enfermeiro diretor é imputada a gestão de topo da organização, os quais assumem responsabilidades por estabelecer políticas operacionais que favoreçam a integração e aceitação da organização na comunidade.

Os chefes de departamento e o enfermeiro supervisor ocupam a administração de nível intermédio e promovem a articulação das orientações e expectativas da gestão de topo com as competências e capacidades dos profissionais da organização. No nível operacional, desempenham funções os supervisores e os enfermeiros chefe que supervisionam o desempenho dos profissionais da organização. Por último, destacam-se os profissionais da organização, no nível operacional, onde encontramos as diferentes profissões da saúde (MATEUS, et al., 2017).

A mudança de paradigma no SNS, aliada às novas exigências da sociedade, exige do enfermeiro gestor competências que assegurem a competitividade e inovação contínua. Estas permitir-lhe-ão operar num universo em que a diversidade de profissionais é evidente, no qual a modalidade de trabalho se revela multiprofissional e interdisciplinar, para um cuidado de qualidade eficiente, efetivo e eficaz, respondendo com qualidade às exigências do meio e expectativas da comunidade (MOTTA, et al., 2009) (NEVES, 2012) (TOMADA, et al., 2013).

1.2.1 – Das competências às práticas de gestão

No processo de gestão, o enfermeiro gestor assume compromissos com a organização, com o cliente e com os profissionais, devendo adotar um estilo de gestão orientado para o cliente, centrar o foco no comprometimento organizacional e na orientação para os resultados, motivar e influenciar no caminho da qualidade assistencial (TOMADA, et al., 2013), o que exige que possua competências e habilidades de gestão.

SOTO- FUENTES e colaboradores (2014 p. 82) definem competências como “um conjunto de comportamentos que incluem conhecimento, habilidades e atributos pessoais que no conjunto são fundamentais para o desenvolvimento de um trabalho com sucesso”. O termo competência foi introduzido por McClelland, em 1973, na formação e no mercado de trabalho, ao destacar que testes de inteligência, por si só, não representavam um prognóstico de excelência profissional. Para o autor, competência era uma característica inerente ao indivíduo, associada a um desempenho excelente na realização de uma atividade ou problema. Contudo, o conceito de competência desde a Idade Média foi relacionado com a capacidade diferenciada de atuação ou expressão do indivíduo (SOTO-FUENTES, et al., 2014).

MARINHO-ARAÚJO (2016) contrapõe ao afirmar que uma competência é algo que se constrói no meio sociocultural e nas relações do dia-a-dia, quando estas exigem do indivíduo o recurso a conhecimentos e ferramentas pertinentes, de modo a responder ativa e positivamente aos desafios que lhe são colocados.

A introdução deste conceito no mercado de trabalho defendida por MARINHO-ARAÚJO (2016 p. 3) foi agregada a qualidades “como capacidades, aptidões, ou expertises necessárias à execução de determinadas atividades profissionais”. A competência começou a ser encarada como mecanismo e instrumento, ou seja, implica competências cognitivas e esquemas operatórios que o indivíduo mobiliza para agir, com propósito e segurança, tendo por base um caráter coletivo, isto é, as competências exigidas e específicas do contexto profissional ou profissão.

A mesma perspectiva é explorada por SOTO-FUENTES e outros (2014) quando consideram que competência não é constituída por conhecimentos e habilidades fracionadas, é sim um conjunto de saberes aliados que não se transmitem, isto porque a base da competência é a

do indivíduo aprendiz que constrói a partir de situações/problemas as quais o induzem a mobilizar variados conhecimentos especializados, para gerir e solucionar situações profissionais cada vez mais complexas, e mesmo relacionais e sociais.

Assim sendo, competência profissional pressupõe possuir conhecimentos, destreza e atitudes necessárias para exercer uma profissão, permitindo analisar os problemas profissionais de um modo autónomo e flexível e estar apto para o exercício profissional no seio da organização (SOTO-FUENTES, et al., 2014).

No regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2018 p. 3478) competências acrescidas são definidas como

os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade, nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo”.

O presente regulamento define também competência acrescidas avançadas como todos os comportamentos assumidos numa área de intervenção avançada, pelo enfermeiro especialista, provenientes da perícia adquirida pela complexidade dos contextos, em todas as áreas de intervenção, para responder às necessidades, potencializando a qualidade dos cuidados prestados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2018).

Em suma, vários autores exploraram ao longo dos tempos o conceito de competência, mas todos foram unânimes em atribuir ligação ao meio laboral e profissional, em que o indivíduo detinha e desenvolvia características, atributos, ou seja, comportamentos que o destacavam no mercado pela proatividade e altos níveis de desempenho na resposta a situações de maior ou menor complexidade, mostrando flexibilidade, alinhamento e comprometimento organizacional (COSTA, et al., 2016).

Para COSTA e colaboradores (2016 p. 47) competência na gestão é “um processo dinâmico, centrado no desempenho, (...), que exigem habilidades e atitudes do indivíduo”. O desenvolvimento de tais competências representa o fator chave na resolução dos problemas de uma organização (LELLI, et al., 2012).

Reconhecendo o papel determinante do enfermeiro gestor no seio de uma organização de saúde e que o sucesso da mesma depende do papel desempenhado pelos seus gestores, na orientação e gestão dos recursos humanos para a qualidade assistencial, procedemos a uma revisão integrativa da literatura, com a finalidade de identificar quais as competências

do enfermeiro gestor na gestão dos recursos humanos, para promover a qualidade assistencial, de forma a garantir a satisfação dos clientes e a sustentabilidade da organização.

Qualidade assistencial é uma característica fundamental numa organização que ambicione a excelência, a produtividade e competitividade, num mercado em constantes transformações. Para tal, é determinante que os profissionais estejam alinhados e comprometidos com os objetivos, metas e resultados organizacionais. Assim sendo, é necessária uma visão totalitária do trabalho, o envolvimento da equipa, a preocupação com a qualidade dos serviços e com a satisfação dos clientes.

Por outro lado, é desejável que a organização e os seus gestores assumam uma postura empreendedora que permita o crescimento da organização e em simultâneo a existência dum ambiente de trabalho adequado, com produtividade e satisfação dos profissionais (COSTA, et al., 2016). Neste processo, o enfermeiro gestor será o elo entre os objetivos organizacionais e os objetivos da equipa de enfermagem, procurando o aperfeiçoamento da prática de enfermagem e a qualidade dos cuidados prestados (CAMELO, et al., 2016).

Cabe-lhe a responsabilidade de decisão que assegure a qualidade assistencial e a incorporação de novas qualificações que respondam às exigências das novas tecnologias e descobertas na área da saúde (SILVA, et al., 2017). Assim, o enfermeiro gestor deverá deter capacidades/competências para reconhecer e resolver problemas, propondo soluções e mudanças estratégicas que contribuam para a qualidade dos cuidados, aproximando-se da equipa e do cliente.

CAMELO e colaboradores (2016) defendem que a melhoria no desempenho da organização se espelha diretamente na excelência da qualidade assistencial, devendo, assim, os gestores investir na capacitação dos recursos humanos, perspetivando o contexto sociopolítico, económico e de saúde atual.

A pesquisa foi realizada no motor de busca EBSCO HOT, nas bases de dados Cinahl Complete, Cinahl Plus, Medic Latina, Medline Full Text, com os descritores mesh “nurse manager”, “human resource management” e “quality assessment”. Os critérios de busca incluíam artigos datados de 2012 a 2017, revistas científicas, textos completos e de acesso livre nos seguintes idiomas: Inglês, Espanhol e Português. Da mesma busca resultaram 25 artigos, dos quais foram excluídos 7 após leitura do resumo, por não se relacionarem com o tema, seguidamente procedeu-se à leitura dos 18 artigos, dos quais apenas 9 davam resposta à questão da nossa investigação.

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

| ANO | AUTOR | TÍTULO DO ARTIGO | DESENHO | PAÍS |
|------|--|--|---|----------------|
| 2012 | Al Hosis, K; Plummer, V; O'Connor, M | Nursing Management in Saudi Arabia: evaluating strategies for succession planning | Um projeto de pesquisa explicativa sequencial realizado em duas fases. A primeira fase foi uma pesquisa, que explorou conceitos pelo uso de perguntas abertas para obter informações qualitativas. O foco da segunda fase foi qualitativo e explorou os temas de estilos de gestão e qualidade. | Arábia Saudita |
| 2012 | Louise Bueno Lelli; Elizabeth Bernardino; Aida Maris Peres; Luciana Aparecida Fabriz | Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de competências em enfermagem em hospital de ensino | Estudo de abordagem qualitativa | Brasil |
| 2013 | Zhanming Liang; Peter F. Howard; Lee C. Koh; Sandra Leggat | Competency requirements for middle and senior managers in community health services | Estudo com abordagem exploratória e de métodos mistos, incluindo discussões em grupo e uma pesquisa online | Austrália |
| 2014 | Ioannis Moisoglou; Prezerakos Panagiotis; Peter Galanis; Olga Siskou; Nikolaos Maniadakis; Dafni Kaitelidou | Conflict Management in a Greek Public Hospital: Collaboration or Avoidance? | Estudo transversal | Grécia |
| 2014 | Paz Soto-Fuentes; Katiuska Reynaldos-Grandón; Dayann Martínez-Santana; Oscar Jerez-Yáñez | Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión | Revisão da literatura | Colômbia |
| 2016 | Mirelle Inácio Soares; Sílvia Helena Henriques Camelo; Zélia Marilda Rodrigues Resck; Fábio de Souza Terra | Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar | Estudo qualitativo, fundamentado na hermenêutica dialética | Brasil |
| 2016 | Sílvia Helena Henriques Camelo; Mirelle Inácio Soares; Lucieli Dias Pedreschi Chaves; Fernanda Ludmilla Rossi Rocha; Vânia Lucia dos Santos Silva | Enfermeiros gerentes de um hospital de ensino: formação profissional, responsabilidades e desafios | Estudo descritivo, quantitativo e qualitativo com delineamento metodológico fundamentado no estudo de caso único | Brasil |
| 2016 | Carlos Costa; Viviane Rossato Laimer; Rejane Tereza Cattapan Piovesan; Elenise Abreu Coelho | Competências gerências importantes em uma organização hospitalar | Estudo descritivo transversal | Brasil |
| 2017 | Vânia Lúcia dos Santos Silva; Sílvia Helena Henriques Camelo; Mirelle Inácio Soares; Zélia Marilda Rodrigues Resck; Lucieli Dias Pedreschi Chaves; Fabiana Cristina dos Santos; Laura Andrian Leal | Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores | Estudo transversal, descritivo e correlacional | Brasil |

Quadro 1 – Resultado da revisão integrativa da literatura competências do enfermeiro gestor

Da análise dos artigos foram encontradas competências que, agrupadas em grandes categorias, se encontram representadas na figura 2; as competências encontram-se expressas pela frequência de repetição nos artigos.



Ilustração 1- Competências do enfermeiro gestor

Legenda:

- 1) (CAMELO, et al., 2016)
- 2) (COSTA, et al., 2016)
- 3) (HOSIS, et al., 2012)
- 4) (LELLI, et al., 2012)
- 5) (LIANG, et al., 2013)
- 6) (MALAGUTTI, et al., 2009)
- 7) (SILVA, et al., 2017)
- 8) (SOARES, et al., 2016)
- 9) (SOTO-FUENTES, et al., 2014)

A principal competência do enfermeiro gestor a emergir da análise dos artigos foi a **liderança**. Para CAMELO e colaboradores (2016) e HOSIS e outros (2012), liderança implica influenciar a equipa a voluntariamente empenhar-se para alcançar os objetivos do grupo ou da organização, mas tal acarreta que o enfermeiro gestor possua conhecimentos, capacidades e habilidades que o ajudem a direcionar as qualidades dos profissionais para o esforço coletivo, com recurso a uma colaboração eficaz e estratégica. Neste processo, um líder tem que ter consciência de que o estilo de liderança adotado tem impacto e implicações no seio da equipa e nos resultados da organização, pela sustentabilidade da mesma e pela qualidade dos cuidados (COSTA, et al., 2016).

LELLI e colaboradores (2012) destacam a liderança transformacional como o estilo de liderança que mais contribui para a qualidade assistencial, isto porque líderes transformacionais são gestores que aceitam e compreendem a individualidade de cada membro da equipa, utilizam a comunicação como ferramenta primordial no processo de trabalho, o que, para os autores, cria um sentimento de equilíbrio de poder, onde os

profissionais são cuidados em vez de controlados e manipulados. Logo, podemos destacar que o estilo de gestão e liderança adotado pelo enfermeiro gestor contribui para a construção de ambientes de comprometimento organizacional favoráveis e facilitadores das práticas, promovendo qualidade assistencial.

A **capacidade de negociação, análise e solução de problemas** foi destacada na totalidade dos artigos. Tal competência revela-se essencial no seio de equipas com diferentes individualidades e grupos profissionais. MOISOGLOU e outros (2014) destacam que conflitos e soluções inadequadas têm um impacto negativo nas relações da equipa, conduzem a desconforto, ansiedade, stress, má comunicação, o que influencia a efetividade da equipa e implica diretamente a qualidade e segurança dos cuidados. A adequada negociação e resolução de conflitos é a chave para promover a retenção dos profissionais, uma vez que a alta rotatividade, a escassez de recursos humanos e o absentismo laboral são os grandes desafios do enfermeiro gestor (MOISOGLOU, et al., 2014) (CAMELO, et al., 2016).

Esta competência exige que o enfermeiro gestor assuma o papel de articulador, possua capacidades de negociar e articular os interesses da organização, da gestão e do trabalhador, para a construção de soluções assertivas e participativas (HOSIS, et al., 2012) (LIANG, et al., 2013) (SOTO-FUENTES, et al., 2014) (CAMELO, et al., 2016).

Salienta-se ainda nos artigos a competência de ser **empreendedor** do enfermeiro gestor nos processos de gestão da qualidade e de projetos, uma vez que é expectável que na gestão de projetos sejam criadas oportunidades, desenvolvimento da autonomia profissional, persistência e resiliência aos contratempos e entraves (CAMELO, et al., 2016). Deve o enfermeiro gestor ser um profissional com iniciativa e disponibilidade para desenvolver as suas funções com eficácia, eficiência e criatividade, orientando e mobilizando a equipa e a organização para a qualidade e inovação (LIANG, et al., 2013). Assim, a enfermagem necessita de líderes pró-ativos e empenhados em produzir transformações organizacionais e ambientais no local de trabalho (HOSIS, et al., 2012) (COSTA, et al., 2016).

Comprometimento e orientação para os resultados foi outra competência evidenciada na revisão integrativa da literatura, uma vez que do enfermeiro gestor é esperado que se aproprie das metas, visão, objetivos estratégicos da organização, para que oriente todo o processo de gestão no sentido de convergir com o da organização, uma vez que o mesmo se reflete no trabalho e resultados da organização (SOARES, et al., 2016). Isto porque o

enfermeiro gestor é, dentro da organização, o elemento responsável pela difusão das políticas da mesma, por uma eficaz gestão dos recursos humanos e materiais.

A relação entre os gestores e os trabalhadores é um fator preponderante que influencia a produtividade e eficiência da organização. Alguns estudos referem correlação positiva entre os comportamentos do líder/ gestor e o empenho organizacional dos trabalhadores. Neste contexto, surge o conceito de empenhamento organizacional como um estado psicológico que liga o profissional à organização e que determina a sua decisão de nela permanecer e em prol dela trabalhar.

Vários autores como HOSIS e associados (2012), LIANG e outros (2013), SOTO-FUENTES e outros (2014), CAMELO e outros (2016), COSTA e colaboradores (2016), SOARES e associados (2016) e SILVA e colaboradores (2017) referem que esta ligação à organização depende de fatores, tais como, o suporte, a ajuda e justiça do gestor, o sentimento de pertença e confiança, a tomada de decisão do supervisor e a forma de implementação das políticas da organização. Como tal, o gestor assume uma posição favorável para mobilizar os colaboradores e influenciá-los nas suas atitudes e comportamentos na promoção de níveis de desempenho

O **autodesenvolvimento** é destacado nos artigos, na medida em que é valorizada a importância da qualidade profissional do enfermeiro gestor; tal competência é encontrada nos enfermeiros gestores que procuram o seu aperfeiçoamento e experiência, pelo recurso a uma prática reflexiva, autoavaliação e pensamento crítico, de modo a corresponder constantemente às mudanças no seio organizacional (LELLI, et al., 2012) (LIANG, et al., 2013) (SOTO-FUENTES, et al., 2014) (CAMELO, et al., 2016) (SOARES, et al., 2016) (SILVA, et al., 2017).

Todo este processo de autodesenvolvimento confere maturidade profissional ao enfermeiro gestor, promovendo-lhe desenvoltura e visão crítica ampliada perante as situações impostas no desempenho do seu exercício profissional, implicando resoluções que conduzem a melhores resultados a nível da qualidade assistencial (LELLI, et al., 2012).

A **partilha de conhecimento** surge como outra competência, visto que, numa organização em que a visão estratégica é orientada para a qualidade assistencial, o enfermeiro gestor tem que assumir a constante necessidade de dotar e capacitar as equipas de enfermagem de conhecimentos, pelo recurso a formação contínua, colaboração no desenvolvimento dos profissionais, estimulação da progressão profissional, reconhecendo e criando valor na equipa, para que esta esteja capacitada para a prestação de cuidados de qualidade e

individualizados. Equipas capazes e competentes trabalham com empenho organizacional para a excelência da organização (HOSIS, et al., 2012) (LIANG, et al., 2013) (SOTO-FUENTES, et al., 2014) (CAMELO, et al., 2016) (COSTA, et al., 2016) (SOARES, et al., 2016) (SILVA, et al., 2017).

A sétima competência elencada na revisão integrativa da literatura é a **capacidade de organização e planeamento**. No processo de gestão de serviços de saúde é fundamental para o enfermeiro gestor organizar e planear o trabalho da equipa de enfermagem pela sua capacidade de gerir processos de trabalho, de modo a assegurar dotações seguras na prestação de cuidados de enfermagem, garantindo a assistência contínua e de qualidade, pela promoção da segurança dos profissionais e dos cuidados (LELLI, et al., 2012) (HOSIS, et al., 2012) (SOTO-FUENTES, et al., 2014) (CAMELO, et al., 2016) (COSTA, et al., 2016) (SOARES, et al., 2016) (SILVA, et al., 2017).

A **comunicação**, como competência enumerada nos artigos, realça o facto de que a comunicação, quando ocorre de uma forma eficaz e eficiente, garante o sucesso no seio de uma organização. Uma vez que a missão e os objetivos da organização são conhecidos por todos os seus membros, motivá-los pelo empenhamento organizacional e sentimento de pertença ajuda na tomada de posição e facilita a mudança organizacional. Posto isto, será responsabilidade dos gestores da organização assegurar e garantir ferramentas de comunicação interna e externa.

A disponibilização de ferramentas eficientes de comunicação, de fácil utilização e acesso, promove uma comunicação efetiva, o que diminui os conflitos que poderiam surgir por problemas comunicacionais, cientes de que conflitos irão surgir sempre, pelo simples facto de trabalharmos em equipa com pessoas com personalidades, metas e objetivos profissionais diferentes. Uma comunicação efetiva e clara, em que ocorre um entendimento recíproco e claro, conduz a negociações eficazes, impulsiona processos e mudanças, melhora a qualidade do trabalho em equipa e consequentemente a qualidade da assistência (LELLI, et al., 2012) (CAMELO, et al., 2016) (COSTA, et al., 2016) (HOSIS, et al., 2012) (LIANG, et al., 2013) (SILVA, et al., 2017) (SOARES, et al., 2016) (SOTO-FUENTES, et al., 2014).

O **trabalho em equipa** é o pilar para o sucesso de uma organização. Neste sentido, o enfermeiro gestor terá que deter competências para colaborar e potencializar o trabalho das equipas multidisciplinares (CAMELO, et al., 2016) (COSTA, et al., 2016). Assumindo o papel de facilitador (HOSIS, et al., 2012), pelo estabelecimento de relações cooperativas e

do reconhecimento do êxito da equipa (LELLI, et al., 2012), conduz ao sentimento de pertença e à qualidade assistencial (MOISOGLOU, et al., 2014) (SOTO-FUENTES, et al., 2014) (SOARES, et al., 2016).

A **tomada de decisão** é uma competência evidenciada nos artigos como determinante para a eficácia e eficiência da organização de saúde, isto porque, no processo de tomada de decisão, o enfermeiro gestor deverá ter por base a melhor evidência e informação atualizada, para garantir e promover a qualidade das decisões e para, de um modo fundamentado, poder mobilizar a equipa no caminho optado (HOSIS, et al., 2012) (LELLI, et al., 2012) (SOTO-FUENTES, et al., 2014) (CAMELO, et al., 2016) (COSTA, et al., 2016) (SILVA, et al., 2017).

Perante as constantes mudanças e inovações no processo assistencial e organizacional espera-se do enfermeiro gestor **flexibilidade e capacidade de adaptação**, de modo a poder assumir o papel de agente estimulador e facilitador da mudança, transmitindo confiança e servindo de modelo aos profissionais que gere (HOSIS, et al., 2012) (LELLI, et al., 2012) (CAMELO, et al., 2016) (COSTA, et al., 2016) (SILVA, et al., 2017).

Por último, a competência menos identificada na revisão integrativa da literatura é a capacidade de o enfermeiro gestor **influenciar a organização**. No processo de gestão, é expectável que o enfermeiro gestor participe na definição de políticas de saúde e gestão da organização, no recrutamento e seleção de profissionais de forma a garantir qualidade assistencial e o sucesso da organização no meio onde está inserido, por responder às necessidades dos clientes e da sociedade (HOSIS, et al., 2012) (LELLI, et al., 2012) (CAMELO, et al., 2016) (COSTA, et al., 2016) (SILVA, et al., 2017).

Em suma, da revisão integrativa da literatura podemos concluir que o enfermeiro gestor é um elemento da equipa com competências acrescidas na área da gestão e assessoria, que deverá estabelecer um plano estratégico, em que determina os objetivos, metas e indicadores do serviço, tendo por base a missão e visão da organização de saúde onde está inserido, de modo a mobilizar e orientar a equipa para a qualidade, continuidade de cuidados e segurança do cliente / comunidade, pela prática de uma enfermagem baseada na evidência.

Neste processo de orientação de uma equipa, o enfermeiro gestor deverá ser um visionário e impulsionador do cuidado de excelência, demonstrar iniciativa, responsabilização e investimento pessoal, apoiar e estimular a tomada de decisão ética e deontológica de todos os elementos da equipa. Tal só é possível se detiver competências de liderança, motivação

da equipa, relacionamento interpessoal, comunicação assertiva e sentido de justiça, de modo a permitir o desenvolvimento pessoal e profissional de todos os elementos da equipa, fornecer feedback construtivo e promover a supervisão clínica, garantindo assim, a satisfação profissional, a qualidade e a eficácia dos cuidados.

O enfermeiro gestor terá que proporcionar uma gestão que estimule o trabalho autónomo e colaborativo, para que consequentemente o cliente passe a ser o foco de atuação de todos os profissionais da organização.

Em última análise, o enfermeiro gestor possui responsabilidades relativas à qualidade dos cuidados, à satisfação dos profissionais de enfermagem e à organização. Será um elemento crucial na promoção de posturas profissionais nas relações com os clientes e as equipas de saúde, de respeito pela autonomia dos enfermeiros, de humanização, esclarecimento, privacidade e sigilo do cliente, garantindo a satisfação destes e dos profissionais. Neste sentido, destaca-se que, em equipas de sucesso, está latente a liderança compartilhada, a tomada de decisões conjunta, a implementação de normas e diretrizes, a comunicação eficaz e gestão igualitária dos conflitos, estabelecendo-se relações interpessoais sólidas e promotoras do trabalho em equipa, garantindo a humanização, qualidade e continuidade dos cuidados.

Em síntese, as competências embora apreciadas de formas diferentes surgem entre as tendências de uma aproximação aos modelos de gestão atuais, mas também a uma forte componente das condições individuais para um papel específico e exigente.

2 – GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS: O CENTRO DO TRABALHO DO GESTOR

Num cenário atual, em que as constantes mudanças no mundo empresarial, no trabalho, na sociedade são cada vez mais dinâmicas, é esperada uma constante adaptação das organizações que visam a qualidade, a eficácia, a eficiência e a efetividade. Assim sendo, exige-se às organizações a implantação de novos modelos e instrumentos de gestão cada vez mais flexíveis, que incrementem a melhor qualidade ao menor custo (ALVES, 2009)

Todos estes condicionantes impuseram que as organizações de saúde alterassem as suas estruturas, por vezes demasiado reorganizadas e burocráticas, para um modelo mais flexível e participativo por parte dos elementos da organização, uma vez que, para ALVES (2009), o sucesso de uma organização está correlacionado com a liderança existente e com o empenhamento organizacional dos seus recursos humanos.

Este facto é destacado pela pesquisa de MATEUS e colaboradores (2017), ao elencarem vários autores, que reforça o facto de os recursos humanos e a sua gestão ostentarem um papel determinante para as organizações de saúde, que pela alta diferença e características dos serviços prestados, estão dependentes das qualificações e das respostas eficazes aos desafios do dia-a-dia dos seus profissionais. Assim, os recursos humanos são considerados um instrumento de gestão, que desempenha um relevante papel estratégico no desenvolvimento de padrões de qualidade e eficiência da organização, permitindo o desenvolvimento e crescimento sustentado.

A gestão de recursos humanos tem um papel decisivo no seio de uma organização, o que impõe uma orientação e gestão adequada dos mesmos, para o sucesso e o poder competitivo da organização. Os gestores assumem um papel de relevo nos processos de seleção, capacitação/desenvolvimento, retenção e distribuição dos profissionais, como também nas práticas de gestão desses mesmos recursos, que a diferenciarão das restantes organizações (CARVALHO, et al., 2017).

No seio de uma organização, as pessoas devem ser valorizadas e reconhecidas como elementos empreendedores e criativos, como tal, quanto maior for o investimento nos colaboradores, maior será o comportamento gerador de eficácia na organização. Em suma,

o capital humano é visto como algo que, quando gerido eficazmente, traz vantagens competitivas às organizações, depreendendo-se que as pessoas são o ativo essencial de qualquer organização (MATEUS, et al., 2017).

TAVARES (2010), citado por CARVALHO (2011) refere que no início do século XX, os profissionais das organizações detinham poucas qualificações e era esperado que detivessem competências, nomeadamente de força física e capacidade manual. Neste processo de gestão das organizações, o Taylorismo introduz o conceito de gestão científica no trabalho, segundo o qual, além das preocupações com o fator produtivo e o controlo de custos, se pensa no bem-estar dos colaboradores.

Para CARVALHO e outros (2017 p. 23) com o taylorismo surge o “embrião da gestão pessoal”, pelo facto de Henry Ford ter constituído, nas suas empresas, um departamento sociológico, que tinha como finalidade aconselhar e orientar os colaboradores a obterem satisfação e bem-estar no local de trabalho, com o fim último de assegurar a eficiência das empresas.

Para PACHECO (2009), isto estaria relacionado com o trabalho produtivo e com o recurso a todas as competências do colaborador para o sucesso da organização e não com preocupações relacionadas com a felicidade pessoal. Para o autor, a gestão de recursos humanos, no Taylorismo, determinava o cuidado com as pessoas, mas relacionado com a vertente mecânica e racional do trabalho, o que terá sido um impulso para as fases posteriores da gestão de recursos humanos.

Em resposta às medidas exageradas e aos aspetos desumanos da gestão científica, surge o movimento humanista que irá influenciar a gestão das organizações. Elton Mayo, o principal autor desta nova conceção, recorreu a estudos que denotavam a importância de se constituir um espírito de cooperação e colaboração entre a organização e os seus colaboradores (PACHECO, 2009) (CARVALHO, et al., 2017).

SERRANO (2010) aponta o local de trabalho como um meio social, no qual o colaborador pretende ser reconhecido e integrado no grupo, com o fim de estabelecer interações sociais. Para a teoria das relações humanas, a eficiência da organização não está exclusivamente dependente das competências técnicas e condições de trabalho, mas também, das condições organizacionais, como por exemplo, o tipo de liderança e questões sociais como o sentimento de pertença a um grupo. Surgem conceitos como: motivação, moral e satisfação no trabalho, que determinam o desempenho do colaborador.

Os colaboradores passam a ser encarados como um recurso que deverá ser otimizado e gerido de forma eficiente, conceito baseado numa racionalidade centrada nas pessoas e nas relações que estabelecem entre elas (PACHECO, 2009) (SERRANO, 2010) (CARVALHO, et al., 2017).

Surge nos anos 50 a teoria organizacional, com a difusão de termos como gestão de recursos humanos e comportamento humano, em que fica patente que a relação estabelecida entre a organização e os seus recursos humanos se fomentava pela interação social entre os gestores e os colaboradores. No seio da organização, o colaborador é perspectivado como um ser individual “com emoções, expectativas, motivação e satisfação” (PACHECO, 2009 p. 25).

Neste processo evolutivo no seio das organizações, assume-se uma abordagem contingencial, a partir da década de 90, na qual se considera que a gestão estratégica da organização terá que integrar a gestão de recursos humanos, uma vez que o fim é “gerir o fator humano como um recurso estratégico de recursos humanos na estratégia global de empresa” (CARVALHO, et al., 2017 p. 24).

Os autores referem a necessidade de as políticas e as práticas estarem em concordância com as estratégias organizacionais, de modo a evitar “conflitos e efeitos distorcidos, podendo também criar ambiguidade e inibir tanto o desempenho individual como o organizacional” (PACHECO, 2009 p. 31). Contudo, no seio da organização surge a necessidade de responder às mudanças do mercado de trabalho, dos produtos, do ambiente e da competitividade organizacional, em que a gestão de recursos humanos assegura uma gestão eficaz dos colaboradores para alcançar os objetivos previamente definidos. Ora, isso implica a capacidade da organização em adaptar, capacitar, empoderar os seus recursos humanos para as constantes mudanças (SERRANO, 2010) (CARVALHO, et al., 2011).

Este facto engloba uma postura de “grande flexibilidade, dinamismo e proatividade” (CARVALHO, et al., 2017 p. 26), em que os recursos humanos são vistos como um investimento, um fator estratégico que traz vantagens competitivas. Assim, o conceito de gestão de recursos humanos tem sofrido uma evolução na medida em que “os conceitos de administração, custos, formação e negociação coletiva vêm sendo progressivamente substituídos pelos conceitos de gestão, investimento, desenvolvimento, negociação e trabalho em equipa” (NEVES, 2012 p. 11).

Como tal, vários autores consideram que gestão de recursos humanos deve ser apelidada de gestão estratégica de recursos humanos, pelo facto de, num universo cada vez mais concorrencial, para a sobrevivência e sustentabilidade das organizações têm relevo os recursos humanos e o seu empenhamento organizacional, uma vez que, só pelo recurso às suas habilidades e potencial intelectual, a organização assegura vantagens no mercado onde está inserida (PACHECO, 2009) (SERRANO, 2010) (SILVA, et al., 2017) (CARVALHO, et al., 2017).

A gestão de recursos humanos deverá, assim, concorrer para o sucesso da organização, apoiando-a a atingir os seus objetivos e a cumprir a sua missão, assegurando competitividade organizacional pelo empoderamento e motivação dos colaboradores, possibilitando o desenvolvimento profissional e a satisfação laboral. Promoverá, deste modo, políticas de qualidade, éticas e de responsabilidade social no seio da organização direccionadas a profissionais e clientes. Neste processo de gestão de recursos humanos, no seio de uma organização, o gestor da organização/serviço/unidade assume um papel de relevo como elemento facilitador no processo de desenvolvimento organizacional e como impulsionador na gestão da mudança (AFONSO, 2015).

A gestão de recursos humanos é “uma abordagem (...) que procura alcançar uma vantagem competitiva através do desenvolvimento estratégico de uma força de trabalho altamente capaz e empenhada, usando um conjunto integrado de técnicas culturais, estruturais e pessoais” (STOREY, 2007 p. 5).

Para CARVALHO (2017) gestão de recursos humanos visa orientar e delinear um conjunto de políticas que garantam a consistência da estratégia organizacional, esperando-se que permitam garantir o bom desempenho de todos os profissionais para o alcance das metas da organização, promovam incentivos materiais ou não em função do desempenho dos mesmos e os capacite para as mudanças externas e internas exigidas.

SOTO-FUENTES e colaboradores (2014) destacam que, neste processo de mudança, os recursos humanos em saúde representam uma força laboral que determina toda a prestação de cuidados, contudo estes atravessam, segundo os autores, um triplo problema, a distribuição, a composição e as competências. Neste contexto, surge no seio das equipas, o enfermeiro gestor como o elemento que, por meio de uma gestão eficaz, terá que mobilizar os recursos humanos com o fim de manter e favorecer a qualidade dos cuidados (SILVA, et al., 2017). Uma gestão eficaz no seio de uma organização depende, como anteriormente referido, do estilo de liderança e de gestão adotados, pois estes fornecem

circunstâncias favoráveis às atividades e ao desenvolvimento de um clima de comprometimento por parte da equipa (SOARES, et al., 2016).

No Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, publicado no Diário da República nº21, de 30 de janeiro de 2018, estão descritos os domínios de competências acrescidas que o enfermeiro gestor deverá garantir para uma gestão eficaz, eficiente e efetiva. Assim, terá que assumir “uma prática profissional e ética na equipa que lidera”, assegurando “um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações”, adotando “estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização” (Regulamento n.º 76/2018 p. 3479).

Acresce ainda o regulamento que deverá exercer uma prática tendo por base “funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão,” promovendo o “desenvolvimento de competências dos profissionais de equipa” e fomentando uma “prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde” (Regulamento n.º 76/2018 p. 3479).

No referido regulamento, no âmbito da gestão de serviços/unidades e equipas, está descrita a competência de gestão de recursos humanos. Esta situação implica que o enfermeiro gestor seja capaz de aplicar e assegurar as diretrizes da organização, pela gestão eficaz e eficiente dos recursos humanos, promovendo o trabalho de qualidade, pela gestão dos recursos disponíveis, tendo em conta as suas competências e garantia de dotações seguras. Para tal, terá que utilizar ferramentas de apoio à gestão que o ajudem a determinar as necessidades de cuidados de enfermagem e a fundamentar as suas decisões, potencializando a união, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho, gerindo eficazmente os conflitos e a comunicação no seio das equipas (Regulamento n.º 76/2018).

2.1 – Conflitos e Comunicação em gestão

No processo de gestão, o enfermeiro gestor deverá ter patente que o processo comunicativo é algo imperioso para que as atividades da organização ocorram com sucesso e deverá ser política da organização melhorar todos os circuitos, de modo a veicular informação e orientações necessárias para todas as atividades e tarefas, mas principalmente para a motivação, a satisfação e o comprometimento dos recursos humanos. Este fator deve ser valorizado na área da saúde pela qualidade e tipo de relações que se estabelecem entre profissionais e clientes, para permitir o entendimento, a satisfação dos envolvidos e o sucesso da organização (SANTOS, et al., 2010).

MORAIS (2013 p. 35) reforça que a comunicação “é atualmente considerada como um dos processos mais importantes de administração, sendo inevitável para o funcionamento de uma organização”, o que se torna um verdadeiro desafio para o enfermeiro gestor.

Para LANÇAS (2012 p. 123) comunicação “é o que as pessoas realizam para trocarem informação entre si, utilizando sistemas simbólicos e processos para alcançarem esse objetivo”, destacando de igual modo que, no seio de uma organização como equipa, “todo e qualquer comportamento é comunicação”, o papel do enfermeiro gestor na relação direta com a sua equipa evidencia a necessidade do indivíduo na comunicação e nos processos que a sustentam.

A comunicação é vista como uma ferramenta importante para a gestão de pessoas e mesmo para as relações estabelecidas entre os elementos da organização, isto porque, se o processo comunicacional entre duas pessoas se revela algo complexo, quando transposto para a gestão de equipas, o nível de complexidade é exponencial. Esta reflexão vai ao encontro de MORAIS (2013 p. 36) que, em relação ao sucesso das organizações e seus gestores, refere dever-se “em grande parte à sua capacidade para comunicar”.

Comunicar para um conjunto de pessoas implica a necessidade de planear a melhor forma de o fazer, utilizar o canal e sinais mais adequados para o tipo de resposta que se pretende gerar, ou seja, escolher a melhor estratégia comunicacional. Associada à escolha da melhor estratégia será determinante a prática da escuta ativa, de modo a conseguir interpretar os sinais que vão sendo enviados pelo grupo e poder validar, por último, se a mensagem teve o impacto desejado e não se verificou nenhuma deturpação (LANÇAS, 2012).

Comunicação, para MORAIS (2013) é um processo que sustenta todas as interações dos seres humanos, que tem por base a transmissão e partilha de informação, ideias e opiniões, com o fim de criar laços de confiança e compreensão mútua entre os envolvidos, permitindo criar relações efetivas de trabalho.

Esta citação reporta-nos para as grandes funções da comunicação nas organizações, que, segundo BILHIM, citado em MORAIS (2013), são: controlar formal e informalmente o comportamento dos profissionais; motivar os profissionais promovendo o seu empenhamento organizacional, pelo reconhecimento dos objetivos e metas da organização; responder a uma necessidade básica do ser humano e de sobrevivência da organização.

Assim, numa organização onde não existe comunicação, não existe relação, envolvimento e sucesso; e por último, a comunicação é um instrumento para a tomada de decisão, informada, fundamentada e coerente. A tomada de decisão realizada num vazio de informação conduz a que os objetivos, estratégias e planos organizacionais estejam condenados ao fracasso.

A organização que queira melhorar o impacto comunicacional terá que desenvolver as competências comunicacionais dos seus emissores, de modo a que sejam asseguradas condições de clareza, adequação da mensagem e dos canais aos recetores, ou seja, desenvolver empatia comunicacional, em que se dá e obtém *feedback* de todo o processo. É determinante adaptar a mensagem aos recetores, mas não adulterá-la, com o fim de evitar ruídos e distorção da informação pelos diferentes recetores (LANÇAS, 2012). Para MORAIS (2013) desenvolver uma comunicação efetiva deverá ter como premissas base a informação e a comunicação (ilustração 2):



Ilustração 2 – Premissas base da informação e comunicação

Fonte: Adaptado de MORAIS (2013)

Para SPAGNOL e colaboradores (2010) e FERREIRA e associados (2015), os problemas comunicacionais provocam disfunções organizacionais. Esta afirmação é reforçada por estudos em que problemas de comunicação são elencados como o fator principal da origem de conflitos nas organizações.

FARIAS e colaboradores (2017), na sua revisão da literatura, concluíram que os problemas de comunicação existentes nas organizações de saúde são tratados de um modo informal e não são notificados à gestão de topo, o que administrativamente condiciona a tomada de decisão dos gestores hospitalares. A tomada de decisão sem suporte e evidência por parte da gestão, para os autores, “pode ampliar os conflitos no ambiente, dificultando medidas que visem mitigar os efeitos negativos de um ambiente conflituoso” (FARIAS, et al., 2017 p. 1900).

DIMAS e colaboradores (2011) defendem que os conflitos são um fenómeno presente e constante nas organizações, por advirem das relações interpessoais no seio de um grupo, e mesmo entre diferentes organizações. As interações e a interdependência existente nas organizações conduzem a comportamentos e ações que, por si só, podem ser potencializadoras de conflitos.

MARQUIS e HUSTON (2017) definem conflitos como uma discórdia interna ou externa que resulta de ideias, valores ou sentimentos diferentes de duas ou mais pessoas. Por outro lado, BOCATTA (2009 pp. 86-87) considera que os conflitos fazem parte do quotidiano das

peças e percebe-se quando uma das partes envolvidas tem percepções negativas em relação ao outro. Tal exige a presença de duas forças divergentes que tem que ser geridas eficazmente de forma a se encontrar pontos de convergência.

Para DIMAS e outros (2011 p. 205), conflitos exigem a presença de três características fundamentais: “interacção; divergência; percepção da tensão”.

KURCGANT e outros (2011) reforçam o facto de ser imprescindível que os profissionais, no seio das organizações, sejam capazes de saber gerir conflitos e negociações. Os conflitos sempre existiram nas organizações, contudo, na visão das teorias clássica, científica e burocrática, estes eram percebidos como algo negativo que tinha que ser suprimido, pois representavam falhas administrativas.

Na teoria das relações humanas, os conflitos eram considerados uma doença no seio da organização e nas relações humanas, o que determinava a imposição de os eliminar ou remediar para o sucesso da organização. Tal perspectiva é alterada com as mudanças operadas no ambiente das organizações, de constante busca de qualidade e eficiência dos serviços e competitividade da organização, o que induz a uma mudança do planeamento normativo para o estratégico, em que se procuram respostas e soluções criativas e conciliadoras (KURCGANT, et al., 2011).

BOCATTI (2009) destaca que, para enfrentar conflitos, a organização deverá focar-se no crescimento, na comunicação, em encontrar caminhos para acordos, na colaboração e corresponsabilização, de modo a que os conflitos sejam encarados como possibilidades de melhoria.

Quando reportados às organizações de saúde, os conflitos surgem de uma forma natural, pelo simples facto de existirem diferentes personalidades e grupos profissionais com valores diferentes, desigualdade na distribuição dos recursos, busca pelo reconhecimento e progressão na carreira e/ou na organização. Surgem também pela dificuldade em reconhecer e/ou assumir papéis, pela inadequada ou pobre comunicação (BOCATTI, 2009) (MOISOGLOU, et al., 2014) (KURCGANT, et al., 2011).

DIMAS e colaboradores (2011) identificam duas dimensões conflituais, no respeitante ao conflito intragrupal, no contexto de uma organização. O conflito tarefa que resulta da existência de diferentes perspectivas de como desempenhar uma tarefa, e o conflito socioafetivo, que advém da interação dos diferentes elementos do grupo, pelas diferenças de personalidades, valores e atitudes. O conflito tarefa, para os autores, é considerado um

motor para o aumento da criatividade e inovação no grupo, permitindo a melhoria na qualidade da tomada de decisão e na resposta aos objetivos do grupo.

Por outro lado, o conflito socio afetivo, para DIMAS e outros (2011) é considerado um fenómeno disfuncional, por estar relacionado com a redução do desempenho e satisfação do grupo, e consequentemente, com o desejo de abandono da equipa. Contudo, nestas variáveis são destacadas a interferência da frequência e da intensidade do conflito tarefa, para que este seja encarado como motor da equipa, uma vez que só um nível ótimo de conflito conduz à reflexão e adaptação da equipa a novas situações, respondendo a novos desafios. Assim, se a ausência de conflito conduz ao conformismo, níveis elevados de conflito implicam o dispêndio de energia na resolução dos conflitos, perdendo-se eficácia e eficiência.

DIMAS e associados (2011 pp. 213-214) concluem que será redutor perspetivar os conflitos de uma forma determinista, pois é imprescindível analisar os conflitos “como resultantes de um conjunto de variáveis intervenientes/moderadoras”, tais como “as estratégias de gestão utilizadas pelos membros do grupo perante a emergência de situações conflituais (...), o tipo de equipa (...), o clima (...) e a cultura”.

Conscientes de que toda a dinâmica das organizações de saúde potencializa a existência de conflitos individuais ou grupais é determinante capacitar os profissionais de estratégias e ferramentas para gerir conflitos e fazer negociações. O enfermeiro gestor surge na organização como o elemento com papel de facilitador - na administração de conflitos, de negociador - na construção e manutenção de uma base de poder e no papel de mentor - na compreensão de si e dos outros e no estabelecimento de uma comunicação eficaz. Ou seja, o enfermeiro gestor é visto como líder com um estilo de liderança transformacional (ALVES, 2009).

O enfermeiro gestor líder terá que encarar os conflitos como potenciadores de problemas no seio da equipa e da organização, que se não forem adequadamente resolvidos podem conduzir à ineficácia de uma equipa. Contudo, os mesmos não poderão ser perspetivados exclusivamente numa vertente negativa, pois um conflito estimula a reflexão, a criação de novas ideias, a reavaliação das metas, conduzindo a decisões de qualidade e ao envolvimento de todos, aumentando a probabilidade de mudança do grupo (ALVES, 2009) (MOISOGLOU, et al., 2014).

ALVES (2009) destaca a negociação como a habilidade mais premente na resolução dos conflitos positivamente, em que a comunicação e a decisão conjunta e partilhada são

potencializadoras de sucesso, decorrentes da habilidade negociadora do enfermeiro gestor. KURCGANT (2011 p. 56) refere a importância, para o sucesso do processo negocial, da “flexibilidade no processo de negociação” e para tal, é necessário refletir sobre as posições dos diferentes intervenientes no conflito e na organização, apreciar a capacidade de comunicação e de planeamento estratégico, para que se possa “adotar o estilo ganhar-ganhar, ou seja, as duas partes compartilham ganhos”.

Na construção e manutenção de uma base de poder, ao assumir o papel de negociador, o enfermeiro gestor terá que, no seio do ambiente organizacional, considerar a palavra poder “como a capacidade de produzir, ou seja, a habilidade de mobilizar pessoas e recursos para conseguir que as coisas sejam feitas” e não como um modo coercivo e perverso, para castração e punição da equipa. Está demonstrada a ineficácia dos estilos de liderança autoritários e permissivos; só perante uma liderança adequada, em que existe valorização, reconhecimento e desenvolvimento, se constroem equipas capacitadas e estimuladas (ALVES, 2009 p. 81).

Neste processo de motivação, o enfermeiro gestor deverá desenvolver uma comunicação eficaz, pois é determinante saber quando e como partilhar a informação, capacidade que para o autor implica compreender as pessoas e as situações. Na enfermagem, a comunicação na equipa, ou seja, a comunicação interpessoal é uma ferramenta de trabalho que, quando não utilizada de forma eficaz, pode conduzir ao aparecimento de “problemas interpessoais, conflitos, resistência a mudança, desmotivação da equipa e, ainda, gerar danos ao paciente e à organização” (ALVES, 2009 p. 74).

BOCATTO (2009) alude a que uma boa comunicação é potencializadora de boas relações interpessoais e aumento da produtividade, o que conduz ao sucesso da organização. Assim, será dever de todo o gestor identificar qualquer comunicação incompleta ou pouco clara, com a finalidade de implementar mudanças para melhorar a situação, criando canais ativos de comunicação. Por outro lado, SANTOS e colaboradores (2010) defendem que é pelo recurso a uma comunicação eficiente que o enfermeiro gestor identifica problemas individuais e coletivos, de forma a fazer uma análise situacional e a encaminhá-los para uma solução apropriada e efetiva. Destaca-se que o trabalho em equipa acarreta uma comunicação aberta e lateral, como forma de potencializar a qualidade de cuidados.

Na revisão integrativa da literatura, SANTOS e outros (2010) identificaram sete categorias no processo comunicativo entre equipas de enfermagem e na sua relação com a gestão, a comunicação: como forma de se alcançar a eficiência organizacional; na sua relação com a

liderança do enfermeiro e tomada de decisão; entre os membros da equipa de enfermagem durante passagem de turno e reuniões de equipa; como fator gerador de satisfação e insatisfação no trabalho de enfermagem; como forma de lidar com conflitos; na gestão do centro cirúrgico e na central de material de esterilização e dos enfermeiros no *Home Care* (SANTOS, et al., 2010 pp. 361-362).

Os autores, quando destacam a comunicação como forma de lidar com conflitos, referem que nas organizações de saúde estão latentes conflitos que presumem a descentralização do poder e a participação da equipa nas decisões. O gestor da equipa deve possuir competências comunicativas, com o fim de incentivar o diálogo e a solução dos conflitos, quer na relação com os membros da equipa quer com o cliente. Reconhecem a comunicação como uma “ferramenta essencial para o sucesso do desempenho profissional” (SANTOS, et al., 2010 p. 365).

O trabalho de equipa exige uma comunicação aberta e lateral, contraria a abordagem clássica da administração em que o modelo de gestão é baseado no poder e na subordinação, o que implica um sistema de comunicação pobre e precário; daí advêm o não envolvimento dos profissionais e as decisões com baixo impacto na qualidade e eficiência dos serviços prestados. Por outro lado, os modelos gerenciais contemporâneos assentam numa visão flexível e descentralizada, com envolvimento e responsabilização dos profissionais nas decisões da organização e, acima de tudo, numa comunicação efetiva e numa gestão partilhada de conflitos (SANTOS, et al., 2010). Este conceito é reforçado por FARIAS e outros (2017 p. 1903) que elencam a gestão participativa como uma prática administrativa “mais dialógica e democrática”, que é destacada como “uma forma de enfrentar os problemas interpessoais comuns nos hospitais”.

No processo de gestão em enfermagem, o foco de trabalho do enfermeiro gestor é “a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem” (KURCGANT, et al., 2011 p. 6). É esperado que o enfermeiro gestor, no processo de gestão em enfermagem, recorra a instrumentos/ ferramentas de gestão, como o planeamento, a reorganização dos profissionais, o desenvolvimento profissional continuado, a supervisão e a avaliação de desempenho, a comunicação, entre outros (KURCGANT, et al., 2011), para garantir a qualidade assistencial e o sucesso da organização de saúde.

Em suma, as organizações de saúde deverão ser percecionadas como um sistema em que é fulcral o processamento de informação, de forma a potencializar o recurso às capacidades individuais dos profissionais e dos departamentos das organizações, pela disponibilidade da

informação. A qualidade da comunicação na gestão em enfermagem conduz a um planeamento harmonioso do trabalho da equipa multiprofissional e à identificação das autênticas necessidades dos clientes (SANTOS, et al., 2010).

PASTILHA (2013) explora o conceito de que melhorar as estratégias de comunicação permitirá potencializar a gestão eficiente e consequentemente, melhorar a qualidade dos serviços prestação e satisfação de todos os *stakeholders* envolvidos, o que impõe gerir com os colaboradores e não gerir os colaboradores (YAMAUCHI, 2009).

As competências do enfermeiro gestor no SNS serão determinantes para a qualidade dos cuidados prestados nos diferentes contextos assistenciais, pelo que compreender a evolução do SNS Português em paralelo com a evolução da carreira de enfermagem, nomeadamente do papel do enfermeiro gestor e o processo de gestão em enfermagem é indiscutível para o trabalho de campo realizado. O enfermeiro gestor percecionado como elemento motivador e integrador, como gestor de recurso humanos e de equipas nas organizações de saúde permite assegurar a qualidade mas também a sustentabilidade do SNS, por uma gestão eficiente, efetiva e eficaz.

II PARTE - ROTA PARA COMPREENDER AS COMPETÊNCIAS DA GESTÃO EM ENFERMAGEM NOS DIFERENTES CONTEXTOS ASISTENCIAIS

A investigação científica é um recurso de que a humanidade dispõe para obter respostas ou compreender questões ou problemas por meio de atividades de cariz intelectual e sistemático, com a finalidade de produzir, refinar ou expandir conhecimento. FONTIN e colaboradores (2009 p. 4) definem investigação científica como “um processo sistemático que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico, isto é, do mundo que é acessível aos nossos sentidos, tendo em vista descrever, explicar, predizer ou controlar fenómenos”.

COUTINHO (2016 p. 7) refere-se à investigação científica como “uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais”. Por outro lado, CONDE (2012) argumenta que a observação, por si só, não produz investigação científica, uma vez que esta implica seguir percursos estandardizados, compreensíveis e passíveis de replicação por outros investigadores.

Várias definições explanadas sobre investigação científica divergem em alguns pontos, contudo obtêm consenso na designação de processo racional que visa a obtenção de conhecimento, de um modo sistemático e rigoroso (FORTIN, et al., 2009) (CONDE, 2012) (COUTINHO, 2016). Assim, a investigação científica representa um caminho para a obtenção de um corpo de conhecimentos das diferentes disciplinas, e que, na disciplina de enfermagem, visa desenvolver conhecimentos na prática, ensino e administração da enfermagem (POLIT, et al., 2004).

Após terminado o enquadramento conceptual dos conceitos em estudo, iremos proceder a explanação das opções metodológicas e desenho da investigação. No presente parte serão explicados questões relacionadas com a metodologia de investigação, tipo de estudo, os objetivos e questões de investigação, procederemos à operacionalização das variáveis, definição da população e da amostra e de todos os procedimentos quer práticos quer legais realizados para a colheita de dados que nortearam o estudo.

3 – PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

A enfermagem, enquanto disciplina com um corpo próprio de saberes, terá que recorrer à prática baseada na evidência para fundamentar a sua atuação e tomada de decisão, de custo efetivo e com benefícios para os clientes. Implica renovação e atualização dos conhecimentos, assumindo o estatuto social de disciplina autónoma. Nesse percurso de investigação é expectável que se recorra a um conjunto de etapas bem definidas e delimitadas, de modo a responder às questões em análise, que FORTIN e outros (2009) definem como fase metodológica.

Tendo por base o pressuposto de que o sucesso de uma investigação depende da delimitação e definição da fase metodológica seguida pelos investigadores, neste capítulo, iremos proceder à descrição de todas as fases e estratégias seguidas na presente investigação.

Um estudo de caso, para FORTIN e outros (2009 p. 241), “consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social (indivíduo, família, grupo)”. Na sua conceção de estudo de caso, COUTINHO (2016 p. 335) realça a investigação como um estudo intensivo de uma entidade -“o caso”- e tal acontece pela investigação “em profundidade, no seu contexto natural, reconhecendo-se a sua complexidade e recorrendo-se para isso a todos os métodos que se revelem apropriados”. Apesar de investigar “o caso”, este tipo de estudo pretende ter uma visão holística do mesmo, ou seja, analisar, integrar e compreender “o caso” como um todo (COUTINHO, 2016).

Das diversas definições encontradas na literatura sobre estudo de caso, é consensual que o estudo de caso é um sistema limitado, por estarmos perante análises efetuadas num período de tempo, a um processo ou fenómeno, que tem que ser o mais delimitado possível, para que consigamos dotar a investigação de um foco e direção. Tal só é possível se o carácter único do “caso” for mantido e avaliado no seu meio natural (FORTIN, et al., 2009) (YIN, 2010) (CARMO, et al., 1998) (COUTINHO, 2016). Os autores supracitados defendem o cariz descrito do estudo de caso, mas concebem a possibilidade de este também poder ter uma vertente exploratória ou explanatória.

A presente investigação é considerada assim um estudo de caso, porque tem como objetivo geral contribuir para a compreensão do papel do enfermeiro gestor nas organizações e a

sua contribuição na organização dos serviços, identificando os principais fatores ou comportamentos evidenciados no tipo de gestão, numa unidade de saúde da área norte do país. Tal como definido por YIN (2010), a identificação do método de investigação - estudo de caso - ocorre quando as questões de investigação “como” ou “por que” se direcionam a eventos contemporâneos e a algo sobre o que o investigador tem pouco ou nenhum controlo.

A presente investigação foi conduzida tendo por base o paradigma metodológico positivista, ou seja, quantitativo, com a finalidade de obter dados observáveis e quantificáveis, para que se verifique o menor enviesamento possível e se explique o “caso” em estudo (FREIXO, 2011). Esta noção é reforçada por FORTIN e outros (2009 p. 577), ao indicarem que o paradigma quantitativo avalia um “conjunto de crenças, de valores que são partilhados pelos membros de uma comunidade científica e que leva a uma maneira de encarar a realidade”, na qual sobressai que para “melhor conhecer o fenómeno é melhor decompô-lo nos seus elementos constituintes e identificar a relação entre eles” (FORTIN, et al., 2009 p. 29).

A escolha de uma ULS deve-se a podermos ter na mesma instituição dois locais diferentes de trabalho o hospital e a comunidade. Este modelo ULS revelou-se importante pela sua capacidade de integração da prestação dos cuidados de saúde, e pelo impacto positivo no acesso dos clientes residentes na área de influência abrangida por este sistema de gestão, quando confrontados com os demais clientes do SNS. Tal aconteceu por se ter melhorado a interligação dos Centros de Saúde com os Hospitais e com outras entidades, nomeadamente, com Unidades de Cuidados Continuados, pelo recurso a um processo de integração vertical dos diferentes níveis de cuidados.

Porém, apesar da extensão deste modelo de gestão a outras unidades de saúde, a ULS em estudo tem apresentado, a nível nacional, uma avaliação de desempenho positiva, como explanado no estudo sobre o desempenho das ULS, realizado pela Entidade Reguladora da Saúde. Em que “a ULS Matosinhos e a ULS Baixo Alentejo por exibirem rácios mais elevados entre todas as ULS” se destacam pelo “número de recursos humanos (médicos e enfermeiros) elevado em relação à população residente” (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2015 p. 28). No entanto, o estudo destaca a ULS Matosinhos “por apresentar o rácio mais elevado entre ULS e dos rácios calculados para a população a nível nacional abrangida ou não por ULS” (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2015 p. 29).

Outro fator destacado no estudo é o facto da ULS do estudo ser a unidade de saúde, a nível nacional, com as mais baixas proporções de internamentos com diagnósticos de *Ambulatory care sensitive conditions* (ACSC) no total dos internamentos, o que reflete ganhos a nível da coordenação entre cuidados de saúde primários e hospitalares, um dos grandes desafios das ULS (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2015).

Na avaliação efetuada pela Entidade Reguladora da Saúde no âmbito do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2018), que consiste na avaliação da qualidade global dos serviços de saúde, a ULS em estudo obteve classificação de excelência, cumprindo nos parâmetros exigidos em todas as áreas: excelência clínica, segurança do utente, instalações e conforto, focalização no utente e satisfação do utente.

Sendo certo que tal sucesso se deve aos órgãos de gestão e ao empenhamento organizacional dos seus profissionais, será importante analisar o papel dos enfermeiros gestores / responsáveis da instituição na gestão eficaz, efetiva e eficiente, pelo papel que este ator desempenha no seio de uma organização, como foi já explorado na revisão da literatura.

Assim, a presente investigação tem por objetivos específicos: estabelecer as diferenças no perfil do enfermeiro gestor face ao exercício do seu trabalho em ambiente hospital e comunitário; descrever que relação existe entre as características do enfermeiro gestor e o local de trabalho. Analisar quais as áreas de competência do enfermeiro gestor face ao exercício do seu trabalho em ambiente hospitalar ou comunitário; se existem diferenças de competências entre o enfermeiro gestor de ambiente hospitalar e comunitário. Identificar a influência das características sociodemográficas nas competências do enfermeiro gestor e analisar a relação entre as estratégias de gestão de conflitos e os locais de trabalho.

3.1 – Do problema às perguntas de investigação

A área a investigar surge, por norma, de inquietações ou questões que emergem da prática clínica ou do período de desenvolvimento de competência, formal ou informal, e de uma área de conhecimento de interesse do investigador, para a qual se quer obter resposta.

Esta etapa tem como fim determinar o tema de estudo, que FORTIN e outros (2009 p. 68) definem como “o elemento de um problema que se propõe examinar (...) pode ter proveniência em várias fontes e dizer respeito a atitudes, comportamentos, crenças, incidências, problemas clínicos, observações, conceitos, etc”. Desta primeira reflexão surge a questão de investigação, que os autores classificam como “um enunciado claro e não equívoco, que precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (FORTIN, et al., 2009 p. 73).

Pelo que, percebendo a realidade da carreira de enfermagem, a reforma do SNS e as perdas que as mudanças impuseram a gestão em enfermagem e ao papel do enfermeiro gestor dentro das unidades. A definição da nossa questão de investigação teve por base a realidade atual, ou seja, o papel do enfermeiro gestor nos diferentes contextos assistenciais, porque este profissional, pela evidência científica, é um elemento decisivo, quer na planeamento dos cuidados de enfermagem, quer na determinação de políticas de saúde no geral, mas também no desenvolvimento das organizações.

Outro fator prende-se com questões de afetividade e motivação neste campo de investigação, por acreditamos, genuinamente, que um gestor competente fará equipa de sucesso, com índices de satisfação laboral e desempenho de excelência e qualidade. Assim, com o presente estudo, pretendemos saber como desenvolvem as competências os enfermeiros gestores da comunidade e do hospital numa ULS.

Com o intuito de clarificar a questão de investigação, foram elaboradas as seguintes questões:

- Existem diferenças no perfil do enfermeiro gestor da área clínica hospitalar e da comunidade?
- Que relação existe entre as características do enfermeiro gestor e o local de trabalho?
- Quais as áreas de competências do enfermeiro gestor face ao exercício do seu trabalho em ambiente hospitalar ou comunitário?
- Existem diferenças de competências entre o enfermeiro gestor de ambiente hospitalar e comunitário?
- A idade influencia as competências do enfermeiro gestor?
- A experiência profissional influencia as competências do enfermeiro gestor?
- A experiência profissional na área da gestão influencia as competências do enfermeiro gestor?
- A formação prévia na área da gestão influencia as competências do enfermeiro gestor?
- Que relação existe entre as estratégias de gestão de conflitos e os locais de trabalho?

3.2 – Variáveis em estudo

As variáveis em estudo são qualidades ou especificidades que caracterizam o que estamos a estudar e representam valores que são mensuráveis (FORTIN, et al., 2009). POCINHO (2012 p. 32) define variável como “o aspecto discernível de um objeto de estudo (...) trata-se de aspetos particulares que podem assumir valores distintos e serem medidos para testar a relação enunciada por uma proposição”.

De modo a compreender e mensurar as variáveis em estudo, procedeu-se à sua codificação e decomposição nas tabelas 1,2,3, como apresentamos seguidamente.

Quadro 2 - Variáveis sociodemográficas

| Categoria | Dimensão | Indicador |
|-----------------------------|-------------------------------------|--|
| Serviço onde exerce funções | Local de trabalho | Área hospitalar / ambas as áreas / ACES |
| | Departamento / Unidade | Medicina/ Mulher, da criança e do jovem/ Cirurgia/ Emergência e medicina intensiva/ Ambulatório/ MCDT/ Saúde Mental/ USCP/ USF/ USP/ UCC/ Outros |
| Género | Masculino, Feminino | Sim/Não |
| Idade | | |
| Experiência profissional | Anos de exercício profissional | Anos completos |
| | Anos de exercício na área da gestão | |
| | Anos no atual serviço | |
| | Atividade na gestão | Enfermeiro chefe / responsável de serviço / coordenador; Enfermeiro que substitui o enfermeiro chefe / responsável de serviço / coordenador |
| Formação profissional | Especialidade | Sim/Não |
| | Área de especialidade | Sim/Não |
| | Pós-Graduação | Sim/Não |
| | Qual Pós-Graduação | Sim/Não |
| Graus académicos | Mestrado | Sim/Não |
| | Qual Mestrado | Sim/Não |
| | Outros | Sim/Não |

As variáveis sociodemográficas visam a caracterização da amostra e são fundamentais para estabelecer o seu perfil; como tal, parece-nos pertinente incluir elementos como sexo, idade, habilitações académicas, experiência profissional e caracterização do local de trabalho (quadro 2).

Quadro 3 - Variável competência do enfermeiro gestor

| Categoria | Dimensão | Indicador |
|-------------------------------------|---|-----------|
| Prática Profissional, ética e legal | Preocupa-se com os valores dos enfermeiros e dos doentes. | 1 a 4 |
| | Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipa. | 1 a 4 |
| | Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente. | 1 a 4 |
| | Garante condições legais para os cuidados e exercício profissional. | 1 a 4 |
| Gestão de Cuidados | Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados. | 1 a 4 |
| | Promove a tomada de decisão clínica. | 1 a 4 |
| | Acompanha a execução de cuidados de forma planeada. | 1 a 4 |
| | Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados. | 1 a 4 |
| | Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço. | 1 a 4 |
| | Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes. | 1 a 4 |
| | Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão. | 1 a 4 |
| | Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas. | 1 a 4 |
| | Orienta cuidados de maior complexidade. | 1 a 4 |
| | Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade. | 1 a 4 |
| | Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material. | 1 a 4 |
| | Contribui para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade. | 1 a 4 |
| | Garante ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas. | 1 a 4 |
| | Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa. | 1 a 4 |
| Gestão de recursos humanos | Promove reuniões com os enfermeiros. | 1 a 4 |
| | Assiste à passagem de turno. | 1 a 4 |
| | Avalia o desempenho dos enfermeiros. | 1 a 4 |
| | Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência. | 1 a 4 |
| | Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços. | 1 a 4 |
| | Afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários. | 1 a 4 |
| | Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos. | 1 a 4 |
| | Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes. | 1 a 4 |
| | Promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global). | 1 a 4 |
| | Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores. | 1 a 4 |
| | Assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio. | 1 a 4 |
| | Atua como formador na equipe multi e intra disciplinar. | 1 a 4 |
| | Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores. | 1 a 4 |
| | Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa. | 1 a 4 |
| Intervenção Política e Assessoria | Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital. | 1 a 4 |
| | Participa no planeamento estratégico do serviço. | 1 a 4 |
| | Elabora relatórios de serviço. | 1 a 4 |
| | Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais. | 1 a 4 |
| | Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício. | 1 a 4 |
| | Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico. | 1 a 4 |
| Desenvolvimento Profissional | Promove a enfermagem baseada na evidência. | 1 a 4 |
| | Promove a formação formal e informal da equipa. | 1 a 4 |
| | Estimula os enfermeiros à autoformação. | 1 a 4 |
| | Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas, de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências. | 1 a 4 |

FREITAS e outros (2018) definem competência gerencial como um conjunto de comportamentos percebidos ou potenciais, pelo qual o gestor enquanto pessoa, revela conhecimentos, habilidades, atitudes ou a articulação entre os mesmos, como predicados pessoais, produzindo valor e melhores resultados para si, para os outros e para a organização, tendo por base o contexto, os recursos acessíveis e a estratégia adotada. A partir das referências das competências do enfermeiro gestor da Ordem dos Enfermeiros operacionalizamos esta variável com os descritivos e com a classificação de 1 a 4 de acordo com a sua prática (quadro 3).

Quadro 4 - Variável gestão de conflitos

| Categoria | Dimensão | Indicador |
|------------------------------------|---|-----------|
| Estratégias na gestão de conflitos | Você tenta evitar ser colocado "em má situação" e evita ir sempre à unidade para resolver os conflitos? | 1 a 5 |
| | Você tenta satisfazer as expectativas das partes envolvidas no conflito? | 1 a 5 |
| | Você discute a sua opinião com os profissionais da sua unidade para mostrar os méritos da sua posição? | 1 a 5 |
| | Você negocia com as partes envolvidas no conflito, de forma a que se possa chegar a um acordo? | 1 a 5 |
| | Você procura saber a questão em discussão para encontrar uma solução aceitável para todos? | 1 a 5 |
| | Você evita as discussões abertas as sobre as diferenças entre as partes? | 1 a 5 |
| | Você procura conformar-se com os desejos das partes ou de uma das partes envolvidas? | 1 a 5 |
| | Você é firme na defesa da sua posição na questão? | 1 a 5 |
| | Você adota o "toma-lá-dá-cá", de forma a que se possa chegar a um acordo? | 1 a 5 |
| | Você troca informações precisas a respeito do caso para resolver um problema em conjunto? | 1 a 5 |
| | Você tenta guardar as divergências que percebe e ainda não são explícitas para evitar ressentimentos? | 1 a 5 |
| | Você concorda com a solução proposta pelas partes? | 1 a 5 |
| | Você sustenta a solução que tem em relação ao problema e costuma não abrir mão dela? | 1 a 5 |
| | Você propõe o meio-termo para solucionar os impasses? | 1 a 5 |
| | Você tenta colocar todas as preocupações na mesa, de forma a que as questões possam ser solucionadas da melhor forma? | 1 a 5 |

A variável, gestão de conflitos, determina uma série de estratégias para a resolução de conflitos, que tem por base as teorias relacionadas com a gestão de conflitos, permitindo apreciar qual o tipo de comportamento assumido (quadro 4).

A gestão de conflitos organizacionais implicam um diagnóstico, a definição de intervenção, pelo recurso a estratégias para lidar com os conflitos, para minimizar ou mesmo sana-los. A intervenção visa alcançar e manter uma quantidade moderada de conflitos nas atividades de uma organização; reduzir o conflito afetivo em todas as áreas e níveis; e empoderar a organização e os seus profissionais a selecionar e usar os estilos adequados para uma real gestão dos conflitos e conduzir a sua resolução (RAHIM, et al., 1995).

COSTA e colaboradores (2013) apresentam cinco estratégias de gestão de conflitos: abstenção, acomodação, imposição, conciliação e colaboração, tendo por base a perspetiva de RAHIM que diferencia os estilos de gerir conflitos sobre duas vertentes básicas: a preocupação com o ego e a preocupação com os outros. Em que na primeira perspetiva é direcionada a resolução do conflito tendo por base a satisfação da sua próprias necessidades. Na segunda ótica explica o grau de desejo para a satisfação das necessidades e preocupações do outro. Aferindo-se assim, com as duas dimensões a motivação, orientações de um individuo no decurso de um conflito, uma vez que gerir conflitos representa administrar divergências.

RAHIM (2002) defende que na gestão contemporânea não existe melhor ou pior abordagem para a tomada de decisão, liderança e motivação, mas sim a postura mais adequada dependendo das situações. O autor invoca a teoria da liderança que considera duas situações: a qualidade da decisão, ou seja, a medida em que a mesma afeta importantes processos de grupo; e aceitação da decisão, isto é, o grau de comprometimento dos profissionais para a implementação. Assim, sugere que quando a qualidade e a aceitação da decisão são baixas, o líder deve usar a estilo autocrática. Por outro lado, se a qualidade e a aceitação da decisão são altas, os líderes devem usar o estilo participativo. Concluindo que, num processo de liderança eficaz e eficiente a combinação de estilos dependente das situações é o caminho para o sucesso da gestão.

Na escala as questões foram ordenadas de forma aleatória, para não influenciar a correspondência dos comportamentos à estratégia de gestão de conflitos. Os itens foram distribuídos numa graduação de 1 a 5, em que 1 é a estratégia menos frequente e 5 a estratégia mais frequentemente adotada na resolução dos conflitos.

Seguidamente, apresentamos a quadro 5 com a correspondência entre o tipo de comportamento na gestão de conflitos e a estratégia de gestão.

Quadro 5 – Estratégia usada e comportamentos

| Estratégia | Questão |
|-------------|---|
| Abstenção | Você tenta evitar ser colocado "em má situação" e evita ir sempre à unidade para resolver os conflitos? |
| | Você evita as discussões abertas das diferenças entre as partes? |
| | Você tenta guardar as divergências que percebe e ainda não são explícitas para evitar ressentimentos? |
| Acomodação | Você tenta satisfazer as expectativas das partes envolvidas no conflito? |
| | Você procura conformar-se com os desejos das partes ou de uma das partes envolvidas? |
| | Você concorda com a solução proposta pelas partes? |
| Imposição | Você discute a sua opinião com os profissionais da sua unidade para mostrar os méritos da sua posição? |
| | Você é firme na defesa da sua posição na questão? |
| | Você sustenta a solução que tem em relação ao problema e costuma não abrir mão dela? |
| Conciliação | Você negocia com as partes envolvidas no conflito, de forma a que se possa chegar a um acordo? |
| | Você adota o "toma-lá-dá-cá", de forma a que se possa chegar a um acordo? |
| | Você propõe o meio-termo para solucionar os impasses? |
| Colaboração | Você procura saber qual a questão em discussão para encontrar uma solução aceitável para todos? |
| | Você troca informações precisas a respeito do caso para resolver um problema em conjunto? |
| | Você tenta colocar todas as preocupações na mesa, de forma a que as questões possam ser solucionadas da melhor forma? |

Na transposição desta perspectiva para a teoria da gestão de conflitos, RAHIM (2002) defende que numa situação de conflito caracterizada por baixa qualidade de decisão e aceitação, o estilo dominante / imposição pode ser justificado. Por outro lado, na condição inversa, alta qualidade de decisão e alta aceitação de decisão, o estilo de integração / colaboração poderá ser o mais adequado a usar.

A teoria da gestão de conflitos defendida por RAHIM revela-se flexível quanto a situação ou fatores determinantes para a seleção da estratégia de gestão de conflitos a empregar, porque um estilo é considerado apropriado se a sua prática conduzir a formulação eficaz e / ou solução do problema.

Na estratégia de **abstenção** é demarcada uma baixa preocupação para consigo e para com o outro, estando associado a comportamentos de abstinência, desvios ou evasão, retirada e atribuição de responsabilidades do próprio e delegação nos outros, contornando, ignorando informação pertinente. Este estilo pode ser usado quando o potencial efeito disfuncional do confronto é superado pelos benefícios da resolução do conflito, tal pode ser aconselhado em conflitos ou problemas triviais e menores, ou então num período de reflexão de um problema complexo para que este possa mais tarde ser efetivamente resolvido. Porém é um estilo inadequado quando a decisão é da responsabilidade de uma

das partes, quando a outra parte não está disposta a esperar ou quando é exigida uma decisão imediata (RAHIM, 2002) (COSTA, et al., 2013).

A estratégia de **acomodação** envolve uma baixa preocupação consigo e grande preocupação com a outra parte do conflito. Esta postura está relacionada com uma tentativa de minimizar as diferenças e enfatizar semelhanças para satisfazer a preocupação da outra parte, negligenciando a sua própria preocupação. Sendo adequado quando uma das partes não está familiarizada com os problemas envolvidos no conflito ou a outra parte está certa e a questão é muito mais importante para o outro. Este estilo pode ser usado como uma estratégia, ou seja, com o intuito de obter benefícios do outro noutro momento, ou por não querer contrapor o outro por questões de fraqueza ou acredita que preservar o relacionamento é primordial. Contudo, é desajustado se a questão envolvida em um conflito for importante para uma das partes e esta acreditar que a sua perspectiva é a mais adequada, ou acreditar que a outra parte está errada ou antiética (RAHIM, 2002) (COSTA, et al., 2013).

Na estratégia de **imposição** verificamos uma grande preocupação por si mesmo e baixa preocupação pela outra parte, tem sido atribuído a comportamentos de dominação e competição, que se assume uma postura ganha-perde ou de forçar o comportamento para ganhar uma posição, ignorando as necessidades e expectativas da outra parte. Este estilo é apropriado quando as questões envolvidas em um conflito são importantes para a gestão ou a decisão é desfavorável para a outra parte, ou quando as questões envolverem assuntos de rotina e é necessária uma decisão rápida. No entanto, esta postura é inadequada quando presente questões complexas e há tempo suficiente para tomar uma boa decisão. Quando estamos perante igualdade de poderes entre as partes o que poderá conduzir a um impasse ou quando a questão não tem o mesmo valor para uma das partes o que pode conduzir a um boicote (RAHIM, 2002) (COSTA, et al., 2013).

A estratégia de **conciliação** implica dar e receber, ou seja, ambas as partes cedem em algum ponto obtendo-se uma decisão aceitável para os envolvidos. Este estilo de gestão de conflitos envolve uma preocupação moderada por si e pela outra parte, sendo útil na resolução de conflitos em que os objetivos das partes são mutuamente excluídos. Por outro lado, poderá ser um recurso temporário para a resolução de conflitos complexos, até chegada ao consenso (RAHIM, 2002) (COSTA, et al., 2013). RAHIM (2002) alude que os gestores das organizações gerem conflitos complexos pelo recurso a este estilo, o que

condiciona a análise do conflito e consequentemente a não identificação dos reais problemas e formular soluções eficazes para os mesmos.

Por fim, a estratégia de **colaboração** na resolução de conflitos envolve a expressão de grande preocupação consigo e com a outra parte envolvida, estando associado a resolução de problemas pela troca de informação e abertura, na busca de alternativas eficazes e aceitáveis para ambas as partes. Este estilo é conveniente para lidar com as questões estratégicas relacionadas à organização: objetivos e políticas, planeamento a longo prazo, entre outros (RAHIM, 2002) (COSTA, et al., 2013).

3.3 – Universo e Amostra

A população alvo ou universo de um estudo de investigação é o conjunto de elementos ou pessoas que detêm características idênticas de modo a podermos inferir os resultados da investigação (COUTINHO, 2016). Nesta investigação, a população alvo é constituída pelos enfermeiros gestores ou com funções de gestão da ULS, num total de 65 enfermeiros.

Nos processos de investigação, é frequente definir uma amostra da população alvo representativa do número de elementos, que FORTIN e colaboradores (2009 p. 310) consideram como “um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população é escolhida de maneira a representar uma população inteira (...) a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo”.

Na presente investigação, a amostragem é não probabilística por acessibilidade, ou seja, nesta pesquisa, os indivíduos foram selecionados por facilidade de acesso, além de que a probabilidade de todos ou alguns elementos da população pertencerem à amostra é desconhecida, acrescida pelo facto de a participação ser voluntária (FORTIN, et al., 2009).

Face ao número de respostas (42) podemos afirmar que temos uma amostra que garante uma margem de erro de 5%. Das 42 respostas obtidas, duas foram invalidados por não cumprirem os requisitos de preenchimento, representando assim, 61,5% da população; como tal, a confiabilidade da amostra para 95% expõe uma margem de erro de 9,68%.

O critério de inclusão para o presente estudo era serem enfermeiros gestores (enfermeiros chefes /responsáveis de serviço e em substituição na ausência do gestor do serviço) das unidades da ULS e estarem ao serviço durante o período de colheita de dados.

3.4 – Instrumento de colheita de dados

Todo o processo de investigação implica colheita de dados; independentemente do método de investigação, a sua obtenção é realizada junto dos participantes, com o fim de obter informações, com o recurso a instrumentos de medida (FREIXO, 2011). Dos diferentes instrumentos de medida existentes para a colheita de dados, recorreremos ao questionário, por ser um instrumento que é “constituído por um conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar atitudes, e opiniões dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto desses mesmos sujeitos” (FREIXO, 2011 p. 197).

O levantamento de colheita de dados pelo recurso ao questionário deveu-se à facilidade de aceder ao maior número possível de elementos da amostra, num curto espaço de tempo e mobilizando o menor número de recursos. Acresce o facto de garantir o anonimato, limitar a possibilidade de influência nas respostas e permitir a resposta no momento mais adequado para o efeito.

O questionário é de auto preenchimento *on-line*, respeitando os aspetos éticos de pesquisa, dividido em três grupos: o primeiro, com o intuito de proceder à caracterização da amostra, o segundo e terceiro grupos, compostos por duas escalas, uma que avalia a atividade de gestão do enfermeiro gestor e outra no âmbito de gestão de conflitos (anexo I).

A escala de perceção do trabalho do gestor em enfermagem (Martins, MM; Gonçalves, MN) apresenta um alfa de Cronbach original de 0,830 e no presente estudo com valores de 0,944. O alfa de Cronbach é um índice empregue para medir a confiabilidade da consistência interna de uma escala, ou seja, avaliar a magnitude em que os itens de um instrumento estão correlacionados (ALMEIDA, et al., 2010), pelo que podemos afirmar que a presente escala apresenta um elevado nível de confiabilidade, porque “quanto mais próximo de 1, maior confiabilidade entre os indicadores” (MATTHIENSE, 2011 p. 11).

O instrumento é constituído por um 42 questões divididas nas categorias de prática profissional, ética e legal; gestão de cuidados; gestão de recursos humanos; intervenção política e assessoria e desenvolvimento profissional, qualificadas de 1 a 4.

A segunda escala é composta por 15 questões que permitem identificar as estratégias predominantes na gestão de conflitos utilizadas pelo enfermeiro gestor. As estratégias encontram-se graduadas numa escala de 1 a 5, pelo grau de frequência de utilização, sendo 1- raramente e 5 - sempre, adaptada por COSTA e outros (2013). Com a utilização desta escala pretendemos proceder à validação simples da consistência interna da mesma, tendo como referência a não apresentação da consistência interna da mesma, por parte dos autores.

A avaliação do alfa Cronbach da escala de conflitos é de 0,548, o que implica que a nossa escala é de fiabilidade pobre, o que poderá ser explicado pelo número de perguntas e de respostas, mas também poderá indicar que os itens da escala não estão a medir o mesmo item ou a mesma dimensão.

3.5 – Procedimentos

Na investigação científica é esperado que uma série de procedimentos seja cumprida e respeitada, de modo a salvaguardar a obtenção de dados respeitando todas as questões éticas, potencializando o sucesso e a credibilidade do processo. Neste subcapítulo, serão apresentadas todas as etapas referente aos procedimentos éticos e de colheita de dados.

3.5.1 – Procedimentos éticos

Os aspetos éticos, em investigação, são decisivos para determinar que a mesma é benéfica para o indivíduo e para a sociedade, e delimita os deveres e os direitos no relacionamento estabelecido em todas as etapas do processo. Nesse sentido, uma série de regras foram estabelecidas por organizações profissionais para a realização de investigação; estas regras

representam “um conjunto de permissões e interdições que assumem especial valor e significado na conduta dos indivíduos” (FREIXO, 2011 p. 178).

A presente investigação foi regida por padrões éticos e de competência, que visam a honestidade e veracidade de todo o processo, pela planificação da investigação de modo a assegurar resultados inequívocos, pela constante preocupação com os direitos e o bem-estar dos participantes, bem como com o respeito pelas leis e regras em vigor. Assim, foram obtidas as devidas autorizações para a realização da investigação nas seguintes entidades: Conselho Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto (anexo II), Conselho de Administração e Comissão de Ética da ULSM (anexo III) e dos autores das escalas utilizadas no instrumento de colheita de dados (anexo IV).

Outras questões éticas relativas à amostra de estudo foram asseguradas, tais como o direito à privacidade ou à não participação, o direito ao anonimato e à confidencialidade e a obtenção do consentimento informado.

3.5.2 – Procedimentos de colheita de dados

Com o intuito de obter a participação dos participantes, o estudo foi apresentado numa reunião de direção de enfermagem, que contou com a participação de alguns elementos da direção e de gestão de departamentos, na qual ficou definido o envio do questionário para o correio eletrónico institucional de todos os enfermeiros gestores.

Para a colheita de dados procedeu-se à criação de um questionário *online* no Google questionários e envio da hiperligação do mesmo para o correio eletrónico profissional dos elementos da amostra. Na informação seguiam orientações de preenchimento, finalidade e objetivos da investigação, consentimento informado, contactos dos investigadores e datas limites de preenchimento. A colheita de dados decorreu entre dezembro de 2017 e fevereiro de 2018.

A colheita de dados foi efetuada pelo recurso ao Google doc, procedendo-se seguidamente à extração dos mesmos para uma base de dados em Excel, que foi posterior exportação para SPSS 21, na qual se efetuou a análise dos dados, com recurso à estatística descritiva.

Para a apresentação dos dados recorreremos a: tabelas, para dados de frequência tendo em conta a operacionalização das variáveis; quadros para dados de exploração e de obtenção indireta das variáveis e questões de investigação; gráficos e figuras, sempre que pertinente, procedendo à análise dos elementos que mais se destacam. Para obtenção dos dados recorreremos ao programa informático *Office Excel 2007* para Windows Vista e *Software IBM® SPSS® Statistic (Statistical Package for Social Sciences)*.

III PARTE – RADIOGRAFANDO A REALIDADE DAS COMPETÊNCIAS DA GESTÃO EM ENFERMAGEM

Para a compreensão de um fenómeno na sua plenitude por vezes é imperioso realizar um trabalho imagiológico mais profundo e em vários seguimentos, de modo a obter películas do foco em análise e proceder a uma reflexão informada e guiada do caminho percorrido ou a percorrer.

Para compreender o processo de gestão em enfermagem na sua plenitude iremos analisar os diferentes domínios de competências e estratégias de gestão de conflitos como um todo. Após essa aferição procederemos a mesma análise, mas tendo por base os diferentes contextos assistências do enfermeiro gestor.

Da reflexão efetuada estabeleceremos um paralelismo dos dados mais significativos aferidos na investigação com a literatura de referência na área. Terminando com as conclusões inerentes ao trabalho.

4 – UM RAIOS X DA GESTÃO OPERACIONAL EM ENFERMAGEM NUMA ULS

O raio X é o resultado da incidência de radiação X no local, raio este, semelhante à natureza da luz que penetra em objetos opacos, muito utilizado com o fim de diagnóstico, pelo que consideramos esta a ideia que melhor transmitia o que pretendemos fazer com a apresentação e análise dos dados, uma visão dos contornos, das características e comportamentos dos gestores.

No presente capítulo, pretendemos traçar uma imagem sem filtros do perfil e competências dos enfermeiros gestores de uma ULS, pelas áreas de desempenho: área hospitalar, ambas as áreas e ACES. Para tal, será efetuada uma descrição analítica dos dados, pela exposição dos resultados obtidos na presente pesquisa, com o objetivo de responder às questões em estudo.

Iniciaremos pela caracterização da amostra, o que nos orientou para a determinação do perfil do enfermeiro gestor. Seguimos a exploração das áreas de competências da amostra e qual a estratégia mais utilizada na gestão de conflitos. Para a apresentação dos resultados, recorreremos à análise estatística e à apresentação da magnitude e valores que mais se destacam, para que se possa apoiar e potenciar uma leitura mais criteriosa das tendências e da evolução dos dados relativos a determinada característica ou fenómeno.

4.1 – Caracterização da amostra

Neste subcapítulo, iremos traçar o perfil dos profissionais, a fim de se compreenderem as características sociodemográficas da amostra, de forma a especificar os contornos do raio X do estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros gestores por local de exercício profissional

| | Nº | % |
|-------------------------|----|--------|
| Área clínica hospitalar | 21 | 52,5% |
| Ambas as áreas | 2 | 5,0% |
| ACES | 17 | 42,5% |
| Total | 40 | 100,0% |

A amostra é constituída por 40 profissionais de enfermagem da área da gestão, sendo 52,5% da área clínica hospitalar e 42,5% da área dos CSP (tabela 1).

Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros gestores por departamento / Unidade

| | Nº | % |
|---------------------------------|----|--------|
| Diretores e supervisores | 2 | 5,0% |
| Cirurgia | 4 | 10,0% |
| Medicina | 4 | 10,0% |
| Mulher, da criança e do jovem | 5 | 12,5% |
| Emergência e medicina intensiva | 5 | 12,5% |
| UCC | 7 | 17,5% |
| USF | 6 | 15,0% |
| USP | 2 | 5,0% |
| MCDT | 1 | 2,5% |
| USCP | 2 | 5,0% |
| Ambulatório | 2 | 5,0% |
| Total | 40 | 100,0% |

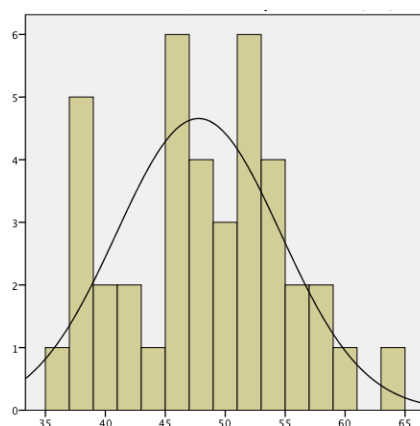
Da área hospitalar, os serviços mais representativos foram os do Departamento da mulher, da criança e do jovem e do Departamento de emergência e medicina intensiva, com 12,5% das respostas; por outro lado, nos CSP as unidades com maior representação foram as UCCs (17,5%) e as USFs (15%) (tabela 2).

Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros gestores por idade

| | Nº | % |
|--------------|----|--------|
| [36 - 40] | 8 | 20,0 |
| [41 - 50] | 16 | 40,0 |
| [51 - 60] | 15 | 37,5 |
| [61 - 62] | 1 | 2,5 |
| Total | 40 | 100,0% |

A tabela 3 revela que a classe com maior representatividade na variável idade é [41 - 50], representando 40,0% da amostra e com menor expressão a classe dos [61 - 62] com 2,5% da amostra.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra na variável idade



Os intervenientes apresentavam idades compreendidas entre os 36 e os 62 anos, uma média de idade de 47,78 anos, mediana de 48, moda de 46 anos e desvio-padrão de 6,852 anos. Pela análise do gráfico 1, constata-se que a distribuição está ligeiramente enviesada à direita, demonstrando que a variável idade não apresenta uma distribuição normal na amostra em estudo, sendo assimétrica negativa (Coeficiente de Skewness -0,003).

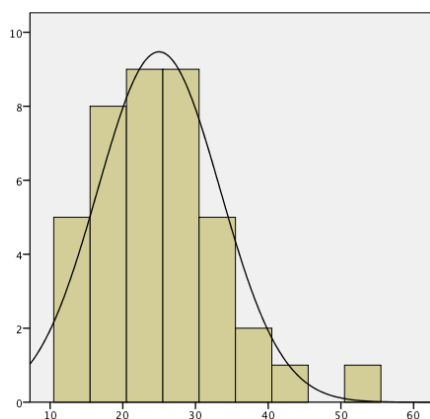
Quadro 6 – Distribuição dos enfermeiros gestores por anos de exercício profissional, por anos no exercício na área da gestão e anos no atual serviço.

| Distribuição das classes | | |
|--------------------------------|-----------|--------|
| Anos de exercício profissional | | Nº |
| | | % |
| | [10 - 20] | 13 |
| | [21 - 30] | 18 |
| | [31 - 40] | 7 |
| | [41 - 50] | 1 |
| | [51 - 60] | 1 |
| | Total | 40 |
| | | 100,0% |

| Anos de exercício na área da gestão | | Nº |
|-------------------------------------|-----------|--------|
| | | % |
| | [1 - 5] | 5 |
| | [6 - 10] | 21 |
| | [11 - 15] | 7 |
| | [16 - 20] | 6 |
| | [21 - 25] | 1 |
| | Total | 40 |
| | | 100,0% |

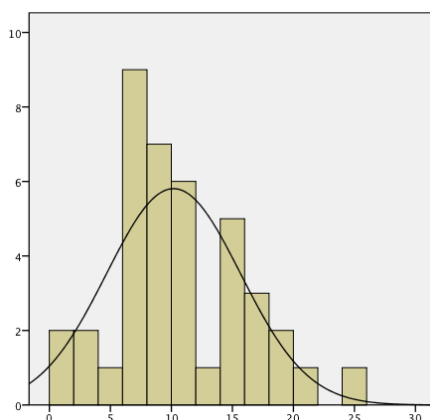
| Anos no atual serviço | | Nº |
|-----------------------|-----------|--------|
| | | % |
| | [1 - 5] | 6 |
| | [6 - 10] | 18 |
| | [11 - 15] | 10 |
| | [16 - 20] | 5 |
| | [21 - 25] | 0 |
| | [26 - 30] | 1 |
| | Total | 40 |
| | | 100,0% |

Gráfico 2 – Distribuição da amostra na variável anos de exercício profissional



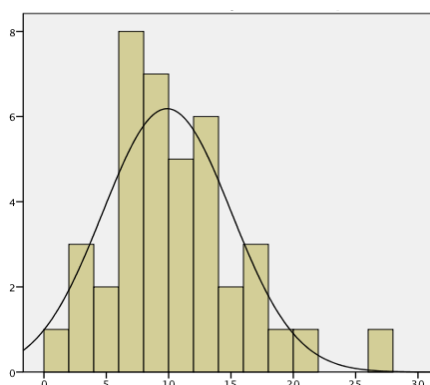
Na variável tempo de exercício profissional, observamos, pelo quadro 6, que 45% da amostra exerce funções entre os 21 e 30 anos, com uma média de 24,97 anos e um desvio padrão de 8,423 anos, na qual temos uma dispersão - mínimo de 13 anos e máximo de 51 anos. No gráfico 2, verifica-se que a distribuição está enviesada à esquerda, demonstrando que a variável experiência profissional não apresenta uma distribuição normal na amostra em estudo, sendo assimétrica positiva (Coeficiente de Skewness 0,823).

Gráfico 3 – Distribuição da amostra na variável exercício profissional na área da gestão em enfermagem



Relativamente aos anos de exercício profissional na área da gestão em enfermagem, verificamos uma dispersão de um mínimo de 1 ano e máximo de 25 anos, uma idade média de 10,18 anos, uma mediana de 9 anos, moda de 6 anos e um desvio padrão de 5,5 anos. A classe com maior representatividade é a classe dos [20 - 25] anos com 25,0% da amostra (quadro 6). No gráfico 3 podemos concluir que estamos perante uma distribuição assimétrica positiva (Coeficiente de Skewness 0,560).

Gráfico 4 – Distribuição da amostra na variável exercício profissional no atual serviço



Quanto ao exercício profissional no atual serviço, constatamos que 45,0% da amostra exerce funções no atual serviço entre os [6 – 10] anos, sendo essa a classe com maior representatividade (quadro 6). Verificamos, de igual modo, uma grande disparidade entre a idade mínima de 1 ano e máxima de 26 anos de exercício profissional no atual serviço, com uma idade média de 10 anos, um desvio padrão de 5,2 anos, mediana e moda de 8 anos, com distribuição assimétrica positiva (Coeficiente de Skewness 0,879) (gráfico 4).

Tabela 4 – Formação profissional da amostra

| Especialidade | Nº | % |
|--|-----------|---------------|
| Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica | 5 | 14,3% |
| Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica | 9 | 25,7% |
| Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica | 2 | 5,7% |
| Especialidade de Enfermagem Comunitária | 13 | 37,1% |
| Especialidade de Enfermagem de Reabilitação | 3 | 8,6% |
| Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica | 3 | 8,6% |
| Subtotal | 35 | 87,5% |
| Missing | 5 | 12,5% |
| Total | 40 | 100,0% |
| Pós-Graduação | | |
| Bioética e Ética de Enfermagem | 1 | 5,3% |
| Administração e gestão de serviços de saúde | 9 | 47,4% |
| Anestesiologia | 1 | 5,3% |
| Supervisão de estágios clínicos | 3 | 15,8% |
| Cuidados Paliativos | 1 | 5,3% |
| Cuidados intensivos | 1 | 5,3% |
| Tuberculose | 1 | 5,3% |
| Gestão e saúde familiar | 2 | 10,5% |
| Subtotal | 19 | 47,5% |
| Missing | 21 | 52,5% |
| Total | 40 | 100,0% |

Atinente à formação profissional verifica-se, pela análise da tabela 4, que 87,5% da amostra possui uma especialidade em enfermagem, tendo maior frequência a de Enfermagem Comunitária com 13 enfermeiros, ou seja, 37,5% da amostra.

Tabela 5 - Formação académica da amostra

| Mestrado | Nº | % |
|--------------------------------------|-----------|----------|
| Saúde Infantil e Pediátrica | 1 | 33,3% |
| Saúde Escolar | 1 | 33,3% |
| Saúde Comunitária | 1 | 33,3% |
| Subtotal | 3 | 7,5% |
| Missing | 37 | 92,5% |
| Total | 40 | 100,0% |
| Outro | | |
| Licenciatura em gestão de empresas | 2 | 33,3% |
| MBA | 1 | 16,7% |
| Doutoramento em enfermagem | 2 | 33,3% |
| Licenciatura em ciências da nutrição | 1 | 16,7% |
| Subtotal | 6 | 15,0% |
| Missing | 34 | 85,0% |
| Total | 40 | 100,0% |

Dos 19 participantes na investigação que possuem formação académica (tabela 5), 9 enfermeiros (47,4%) detêm uma pós graduação em Administração e gestão de serviços de saúde e só 3 possuem mestrado em enfermagem. Quanto a outros níveis de formação, 2 enfermeiros detêm licenciatura em gestão de empresas e outros 2 o doutoramento em enfermagem.

Tabela 6 – Atividade desenvolvida na gestão em enfermagem

| | Nº | % |
|--|-----------|---------------|
| Enfermeiro da área estratégica | 2 | 5,0% |
| Enfermeiro chefe / responsável de serviço / coordenador | 24 | 60,0% |
| Enfermeiro que substitui o enfermeiro chefe / responsável de serviço / coordenador | 14 | 35,0% |
| Total | 40 | 100,0% |

Quanto às funções desempenhadas na área da gestão, a nossa amostra é constituída maioritariamente por enfermeiros chefes, responsáveis de serviço ou coordenadores, representando 60,0% dos participantes; de destacar a participação de 2 profissionais da área estratégica, que assumem funções de diretores e supervisores de enfermagem (5,0%) (tabela 6).

Em síntese, o perfil dos enfermeiros gestores da instituição em estudo é de enfermeiros com idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos de idade, com 21 a 30 anos de experiência profissional, com 6 a 10 anos de experiência no âmbito da gestão e de exercício

no atual serviço. É de salientar que homens e mulheres têm igual representação neste estudo.

4.2 – Desenvolvimento de competências de gestão em enfermagem

Na revisão bibliográfica, vários autores elencam as competências do enfermeiro gestor como um motor para o sucesso da organização, por possuir responsabilidades relativas à qualidade assistencial, satisfação dos profissionais e compromissos da organização. Tal concede-lhe um lugar de relevo no seio da organização; assim sendo, fomos auscultar quais as competências que os inqueridos reconhecem que desenvolvem no atual posto de trabalho, pelo que analisaremos as competências no âmbito: da prática profissional, ética e legal; da gestão de cuidados; da gestão de recursos humanos; da intervenção política e assessoria e por último do desenvolvimento profissional.

Na análise dos dados na área da **prática profissional, ética e legal** do enfermeiro gestor serão avaliadas questões referentes aos clientes e profissionais.

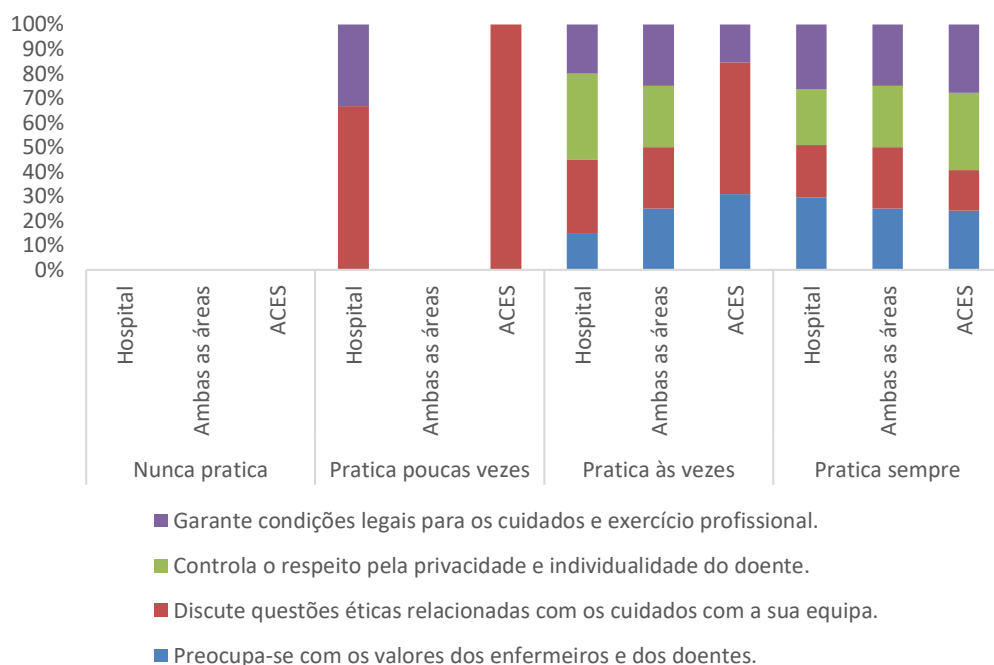
Quadro 7 – Prática Profissional, ética e legal

| Dimensão | Nunca pratica | | Pratica poucas vezes | | Pratica às vezes | | Pratica sempre | |
|--|---------------|---|----------------------|-----|------------------|------|----------------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Preocupa-se com os valores dos enfermeiros e dos doentes. | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 20,0 | 32 | 80,0 |
| Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipa. | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 14 | 35,0 | 23 | 57,5 |
| Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente. | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 20,0 | 32 | 80,0 |
| Garante condições legais para os cuidados e exercício profissional. | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 7 | 17,5 | 32 | 80,0 |

Da análise do quadro 7, constata-se que 80,0% da amostra preocupa-se com os valores dos enfermeiros e dos clientes no processo de gestão sempre; que a restante amostra preocupa-se às vezes (20,0%); que 57,5% dos gestores discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a equipa sempre e que apenas 7,5% indica discutir poucas vezes. Por outro lado, 80,0% dos envolvidos controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente sempre e 20,0% às vezes; quanto à questão de assegurar condições legais para os

cuidados e exercício profissional, 80,0% menciona garantir sempre e apenas 2,5% refere poucas vezes.

Gráfico 5 - Prática Profissional, ética e legal, por local de exercício profissional



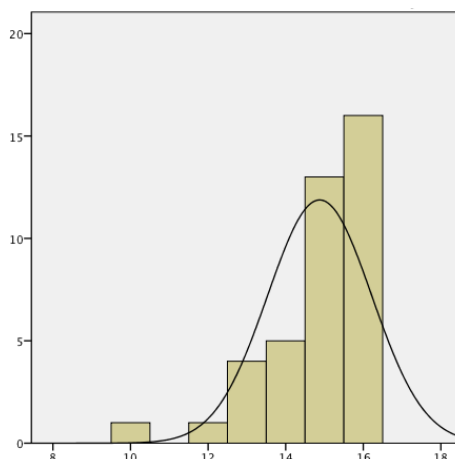
*Fonte de dados anexo V

Quanto comparadas as dimensões com o local de exercício profissional (gráfico 5) evidenciam-se diferenças nas práticas, uma vez que, a nível hospitalar, os enfermeiros gestores praticam sempre atividades no âmbito dos valores dos enfermeiros e dos doentes (45,0%) e garantem as condições legais para os cuidados e exercício profissional (40,0%); a nível do ACES, existe maior preocupação com o controlo do respeito pela privacidade e individualidade do doente (42,0%) e garantia das condições legais para os cuidados e exercício profissional (37,5%).

Em contrapartida, a atividade destacada como realizada com menos frequência em ambas as áreas é a que implica discutir questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipa, com uma frequência de 5,0%, no ambiente hospitalar e 2,5% no ACES.

No desempenho dos enfermeiros diretores e gestores, ou seja, ambas as áreas, não verificamos diferenças a destacar, mas todos os itens são classificados como prática às vezes e prática sempre.

Gráfico 6 – Distribuição da categoria prática profissional, ética e legal



Quando analisados os valores atribuídos a esta categoria (gráfico 6) verificamos que as respostas no âmbito da prática profissional, ética e legal não têm uma distribuição normal, estando perante uma distribuição assimétrica negativa (Coeficiente de Skewness -1,632), o que indica que na área em análise a prática profissional, ética e legal é tendencialmente às vezes e sempre executada.

Na **gestão de cuidados** serão analisadas questões que promovam a qualidade assistencial, seja pela tomada de decisão, análise e avaliação dos cuidados, melhoria contínua da qualidade e dotações seguras, isto é a gestão voltada para a especificidade do trabalho de enfermagem e estritamente dirigidas ao cliente.

Quadro 8 – Gestão de Cuidados

| Dimensão | Nunca prática | | Pratica poucas vezes | | Pratica às vezes | | Pratica sempre | |
|--|---------------|-----|----------------------|------|------------------|------|----------------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados. | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | 47,5 | 21 | 52,5 |
| Promove a tomada de decisão clínica. | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 13 | 32,5 | 26 | 65,0 |
| Acompanha a execução de cuidados de forma planeada. | 0 | 0 | 5 | 12,5 | 20 | 50,0 | 15 | 37,5 |
| Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados. | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 27,5 | 29 | 72,5 |
| Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço. | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 14 | 35,0 | 25 | 62,5 |
| Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes. | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 12,5 | 35 | 87,5 |
| Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão. | 1 | 2,5 | 1 | 2,5 | 9 | 22,5 | 29 | 72,5 |
| Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas. | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 10 | 25,0 | 29 | 72,5 |
| Orienta cuidados de maior complexidade. | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 14 | 35,0 | 23 | 57,5 |
| Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade. | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 17 | 42,5 | 21 | 52,5 |
| Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material. | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 50,0 | 20 | 50,0 |
| Contribui para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade. | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 27,5 | 29 | 72,5 |
| Garante ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas. | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 35,0 | 26 | 65,0 |
| Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 12 | 30,0 | 25 | 62,5 |

Ao analisar o quadro 8 relativamente à prática na área da gestão de cuidados, podemos depreender que os enfermeiros gestores desenvolvem sempre as seguintes atividades: discutem com os enfermeiros decisões sobre cuidados, promovem a tomada de decisão clínica, preveem e asseguram os meios e recursos necessários à prestação de cuidados. Promovem a discussão dos riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço, pela tomada de decisões, de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes e dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão.

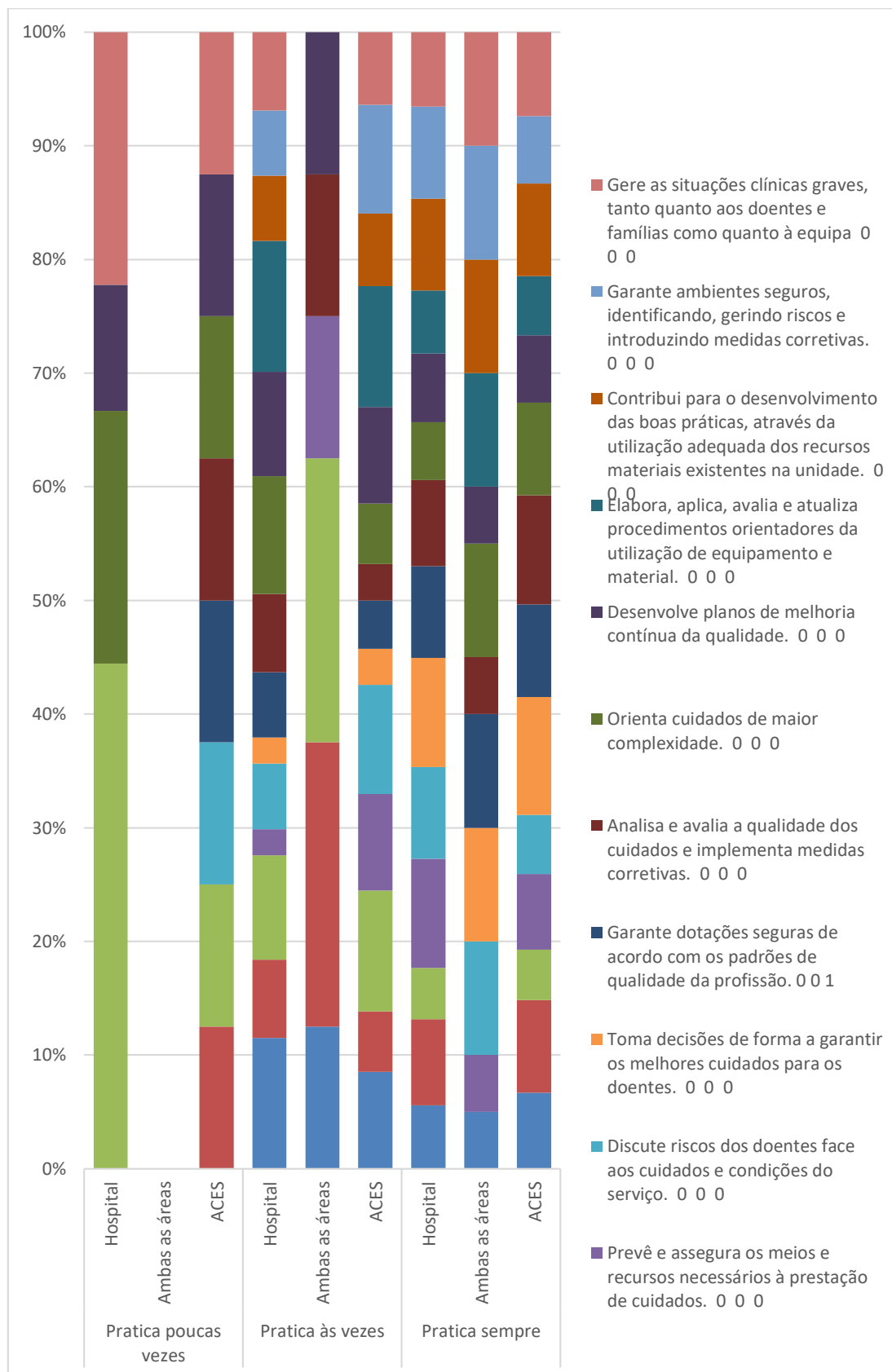
Neste processo, analisam e avaliam sempre a qualidade dos cuidados e implementam medidas corretivas, orientando cuidados de maior complexidade, pelo desenvolvimento de planos de melhoria contínua da qualidade. Tal implica elaborar, aplicar, avaliar e atualizar procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material, contribuindo para o desenvolvimento de boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais

existentes na unidade, da garantia de ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas, como também pela gestão constante de situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa.

Das atividades anteriormente elencadas a que mais se destaca, pela maior frequência de reconhecimento, é a tomada de decisão de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes com 87,5% das respostas, e com menor registo atividades que se prende com a elaboração, aplicação, avaliação e atualização dos procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material.

Porém, a atividade atinente ao acompanhamento da execução de cuidados planeados é referida com maior frequência nas atividades desenvolvidas às vezes, com uma expressão de 50,0%, em igualdade de patamar com a elaboração, aplicação, avaliação e atualização dos procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material. Mas também é a atividade com maior menção de realizada poucas vezes (12,5%).

Gráfico 7 – Gestão de cuidados, por local de exercício profissional



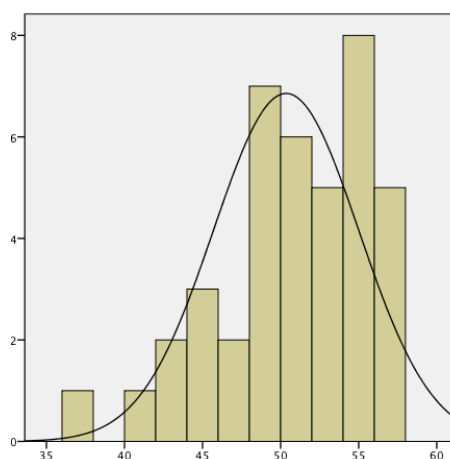
*Fonte de dados anexo VI

Na comparação entre as diferentes áreas de prestação de serviço, no gráfico 7, constatamos que as atividades que mais se destacam são direcionadas a prever e assegurar os meios e recursos necessários à prestação de cuidados e tomar decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes, com 47,5% cada uma. No ACES, as atividades mais frequentes prendem-se com a tomada de decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes (35,0%), analisar e avaliar a qualidade dos cuidados e implementar medidas corretivas (32,5%).

Das atividades elencadas é de destacar que, no ACES, apuramos a referência a nunca praticar as atividades que garantam dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão (3,0%). Na área hospitalar, a menor frequência regista-se no acompanhamento da execução de cuidados de forma planeada (10,0%), classificada como pouco praticada.

Os enfermeiros que desempenham funções em ambas as áreas referem praticar às vezes ou sempre várias atividades sem grandes distinções estatísticas entre as mesmas.

Gráfico 8 – Distribuição da categoria gestão de cuidados



Na categoria gestão de cuidados, pela interpretação do gráfico 8, verificamos uma frequência de registos à direita, que com um valor de Coeficiente de Skewness de 0,884 nos indica que estamos perante uma distribuição assimétrica positiva, o que nos reporta para uma frequência de tendencialmente pratica às vezes.

Na **gestão de recursos humanos**, as atividades desenvolvidas direcionam-se à atividade central como enfermeiro gestor em que verificamos coordenação, alocação, orientação, motivação e avaliação da equipa de enfermagem.

Quadro 9 – Gestão de recursos humanos

| Dimensão | Nunca pratica | | Pratica poucas vezes | | Pratica às vezes | | Pratica sempre | |
|---|---------------|------|----------------------|------|------------------|------|----------------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Promove reuniões com os enfermeiros. | 3 | 7,5 | 1 | 2,5 | 13 | 32,5 | 23 | 57,5 |
| Assiste à passagem de turno. | 6 | 15,0 | 6 | 15,0 | 10 | 25,0 | 18 | 45,0 |
| Avalia o desempenho dos enfermeiros. | 0 | 0 | 5 | 12,5 | 6 | 15,0 | 29 | 72,5 |
| Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência. | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 16 | 40,0 | 22 | 55,0 |
| Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços. | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 12 | 30,0 | 25 | 62,5 |
| Afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários. | 4 | 10,0 | 2 | 5,0 | 14 | 35,0 | 20 | 50,0 |
| Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos. | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 20,0 | 32 | 80,0 |
| Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes. | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 10 | 25,0 | 29 | 72,5 |
| Promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global). | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 27,5 | 29 | 72,5 |
| Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores. | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 37,5 | 25 | 62,5 |
| Assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio. | 0 | 0 | 5 | 12,5 | 18 | 45,0 | 17 | 42,5 |
| Atua como formador na equipa multi e intra disciplinar. | 0 | 0 | 6 | 15,0 | 25 | 62,5 | 9 | 22,5 |
| Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores. | 3 | 7,5 | 5 | 12,5 | 13 | 32,5 | 19 | 47,5 |
| Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa. | 0 | 0 | 0 | 0 | 17 | 42,5 | 23 | 57,5 |

Na gestão de recursos humanos, quadro 9, os inquiridos referem atividades como promover reuniões com os enfermeiros, assistir à passagem de turno, avaliar o desempenho dos enfermeiros e coordenar o processo de integração dos colaboradores, que assumem um papel de referência como praticando sempre. Indicam que praticam, de igual modo, o cálculo das necessidades de enfermeiros, de acordo com as condições dos serviços, alocando os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários.

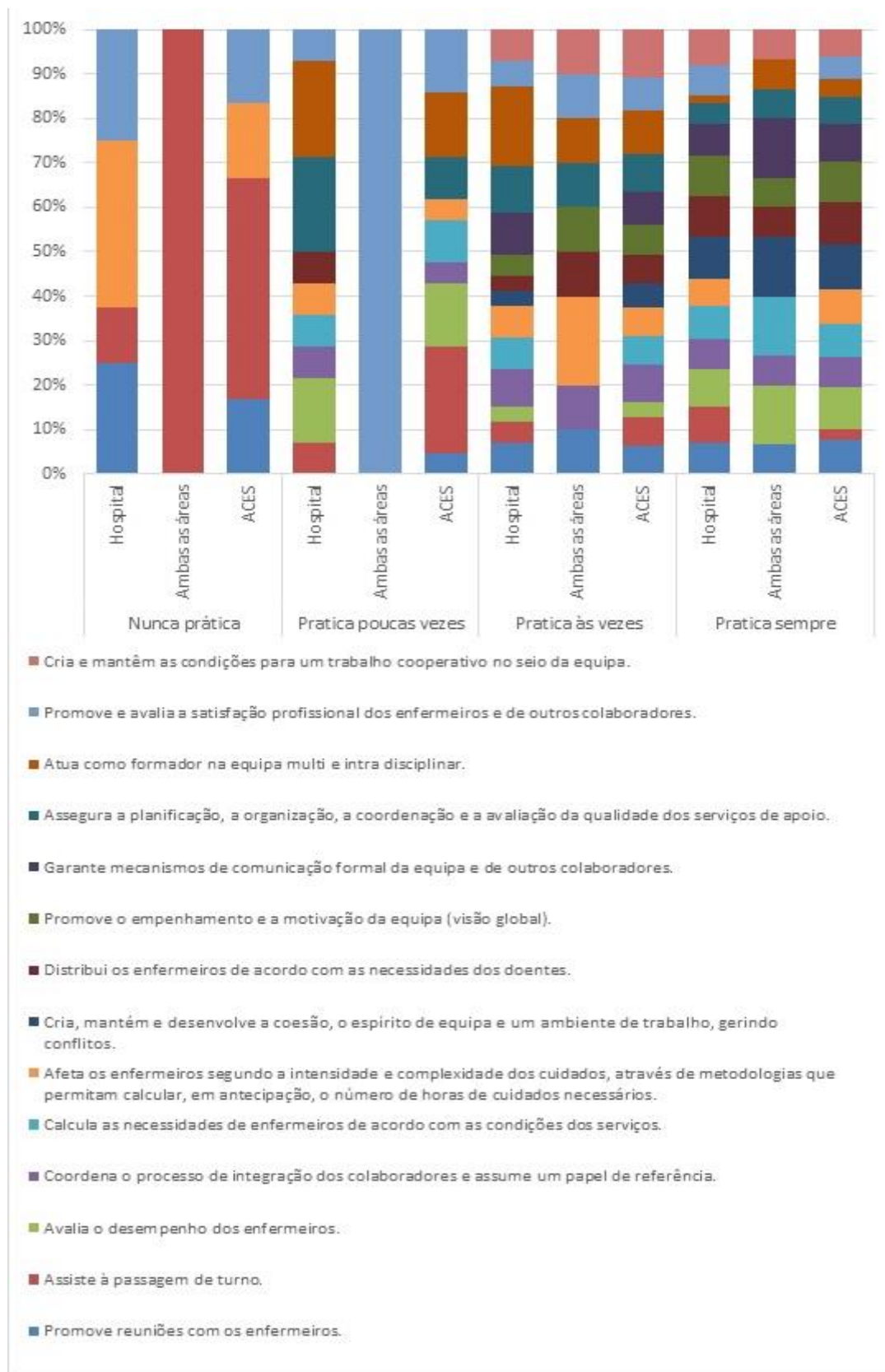
Das atividades elencadas como praticadas sempre, surge com maior frequência a criação, manutenção e desenvolvimento da coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos, com 80,0% das respostas. Para esse fim, os enfermeiros gestores desenvolvem sempre a distribuição dos enfermeiros de acordo com as

necessidades dos doentes, promovendo o empenhamento e a motivação da equipa (visão global) e garantindo mecanismos de comunicação formal dentro da equipa e desta com outros colaboradores. Deste modo, assegura-se a promoção e avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores, bem como a criação e manutenção de condições para um trabalho cooperativo.

Pela análise da tabela 9, a amostra refere que às vezes o enfermeiro gestor desenvolve atividade com o fim de assegurar a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio (45%) e atuar como formador na equipa multi e intra disciplinar (62,5%).

Em contrapartida as atividades com maior frequência de registo de nunca serem realizadas são assistir à passagem de turno (15%), afetar os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários (10%) e promover a avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores (7,5%).

Gráfico 9 - Gestão de recursos humanos, por local de exercício profissional



*Fonte de dados anexo VII

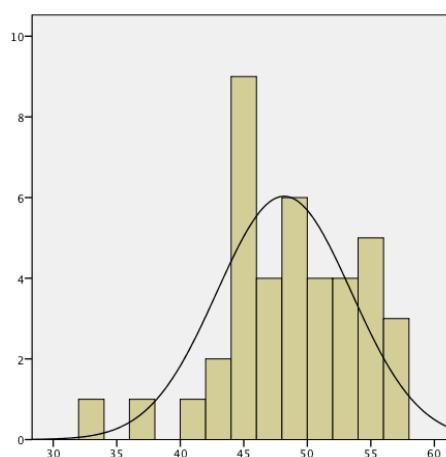
Na área hospitalar e ACES observamos que os enfermeiros gestores referem a criação, manutenção e desenvolvimento da coesão, do espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos, como a atividade mais praticada sempre, com percentagens de 45,0% e 30,0%, respetivamente (gráfico 9).

Quando nos reportamos a ambas as áreas atentamos que as atividades com maior frequência de realização prendem-se com a avaliação do desempenho dos enfermeiros; cálculo das necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços; criação, manutenção e desenvolvimento da coesão, do espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos e garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores com 5% cada atividade (gráfico 9).

Nas atividades nunca realizadas, na área hospitalar (gráfico 9) verificamos que a alusão a afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários é de (8,0%), contrapondo no ACES com a atividade direcionada à presença na passagem de turno (8,0%).

Relativamente às atividades desenvolvidas pelos enfermeiros de ambas as áreas de atuação, verificamos a frequência, à exceção de assiste à passagem de turno (5,0%) referida como nunca praticada e de promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores (2,5%), como pouco praticada (gráfico 9).

Gráfico 10 – Distribuição da categoria gestão de recursos humanos



Pela análise do gráfico 10 e pelo Coeficiente de Skewness de -0,637 podemos concluir que estamos perante uma distribuição assimétrica negativa, em que a distribuição dos dados se observam com mais frequência do lado direito do gráfico, ou seja, no pratica às vezes e

pratica sempre.

Uma das competências atribuídas ao enfermeiro gestor é a oportunidade de influenciar e participar na elaboração do plano estratégico da organização e mesmo a nível central, pelo que iremos proceder à avaliação de atividades no âmbito da **intervenção política e assessoria**.

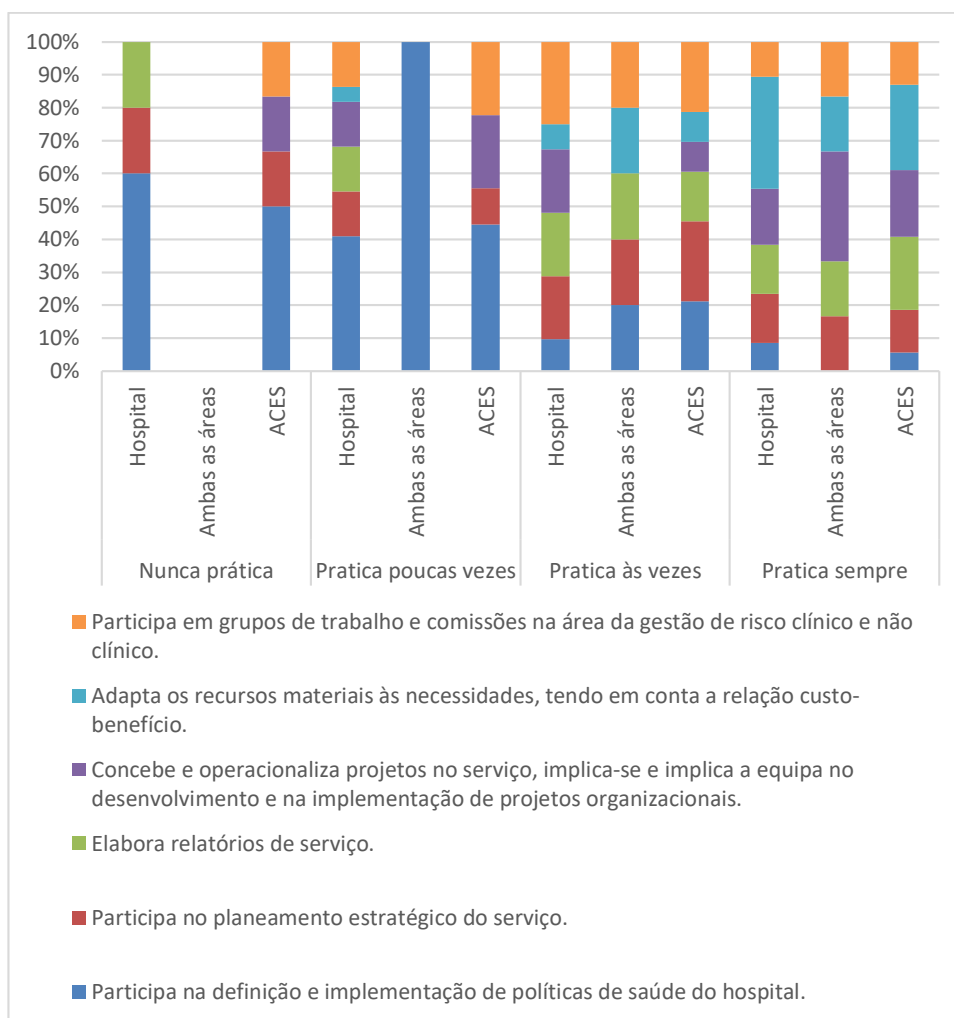
Quadro 10 - Intervenção Política e Assessoria

| Dimensão | Nunca pratica | | Pratica poucas vezes | | Pratica às vezes | | Pratica sempre | |
|--|---------------|------|----------------------|------|------------------|------|----------------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital. | 6 | 15,0 | 14 | 35,0 | 13 | 32,5 | 7 | 17,5 |
| Participa no planeamento estratégico do serviço. | 2 | 5,0 | 4 | 10,0 | 19 | 47,5 | 15 | 37,5 |
| Elabora relatórios de serviço. | 1 | 2,5 | 3 | 7,5 | 16 | 40,0 | 20 | 50,0 |
| Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais. | 1 | 2,5 | 5 | 12,5 | 13 | 32,5 | 21 | 52,5 |
| Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício. | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 | 31 | 77,5 |
| Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico. | 1 | 2,5 | 5 | 12,5 | 21 | 52,5 | 13 | 32,5 |

No quadro 10, podemos observar que as atividades classificadas com prática frequente, por ordem de maior frequência, são adaptar os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício (77,5%); conceber e operacionalizar projetos no serviço, o que implica envolver-se e envolver a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais (52,5%) e com 50,0% elaborar relatórios de serviço.

No entanto, constatamos que os enfermeiros gestores participam no planeamento estratégico do serviço (47,5%), participam em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico (52,5%) às vezes. Mas verificamos que 15,0% dos inquiridos nunca participam na definição e implementação de políticas de saúde do hospital e 35,0% participam poucas vezes.

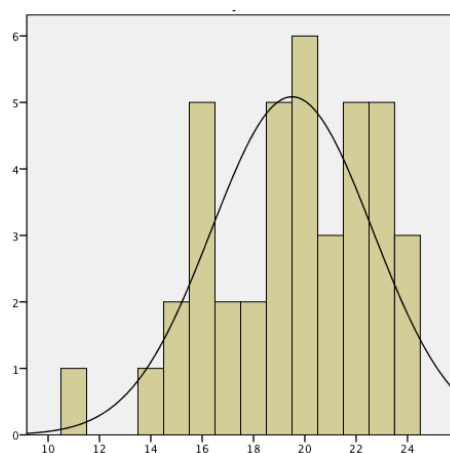
Gráfico 11 – Intervenção Política e Assessoria, por local de exercício profissional



*Fonte de dados anexo VIII

Pela análise do gráfico 11, verificamos que os enfermeiros gestores da área hospitalar e ACES mencionam a adaptação dos recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício (40,0%) como uma atividade realizada sempre e como nunca praticada a participação na definição e implementação de políticas de saúde do hospital (8,0%). Nos enfermeiros gestores de ambas as áreas, observamos a referência a praticar sempre o conceber e operacionalizar projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais (5,0%) e como poucas vezes realizada a participação na definição e implementação de políticas de saúde do hospital (2,5%).

Gráfico 12 – Distribuição da categoria intervenção política e assessoria



No gráfico 12, podemos observar a distribuição da categoria intervenção política e assessoria, que associada ao valor do coeficiente de Skewness (-0,558) é uma distribuição assimétrica negativa e que, apesar da maior dispersão visualizada, a maioria dos registos centra-se na opção pratica às vezes e pratica sempre.

O **desenvolvimento profissional** permite a constante atualização de conhecimentos, promove o desenvolvimento de boas práticas e a qualidade dos cuidados, sendo uma prática transversal a todas as profissões; porém, na profissão de enfermagem, o enfermeiro gestor surge como o elemento que, além de promover o seu autodesenvolvimento, terá que o potencializar na equipa que gere, pelo que procedemos à avaliação da prática no âmbito do desenvolvimento profissional.

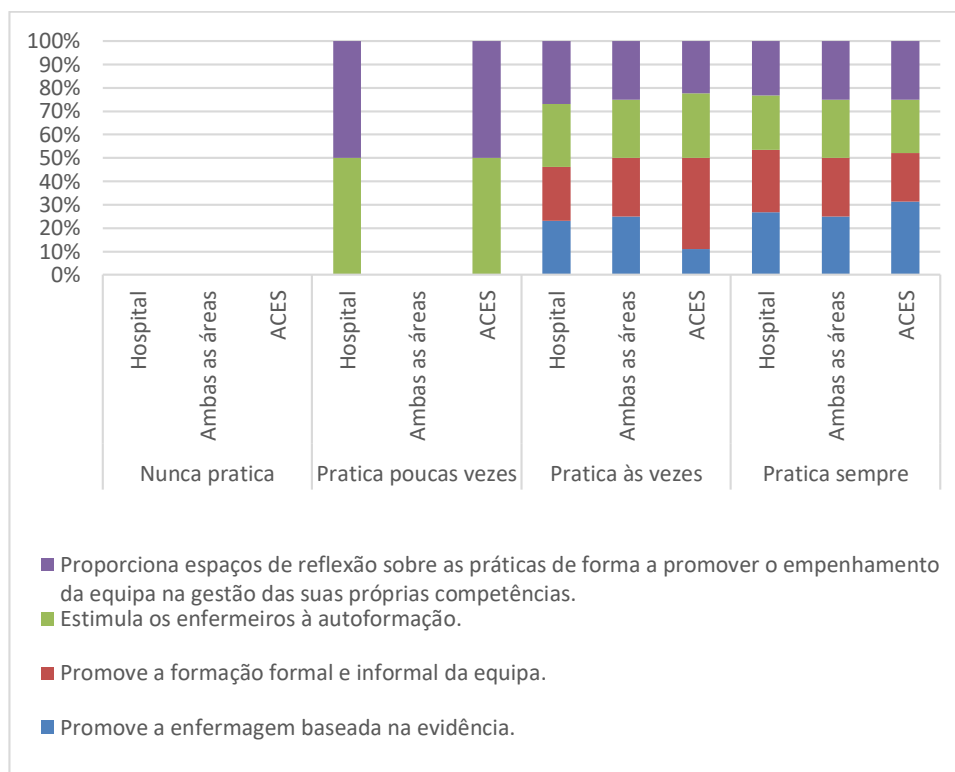
Quadro 11 - Desenvolvimento Profissional

| Dimensão | Nunca pratica | | Pratica poucas vezes | | Pratica às vezes | | Pratica sempre | |
|--|---------------|---|----------------------|-----|------------------|------|----------------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Promove a enfermagem baseada na evidência. | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 22,5 | 31 | 77,5 |
| Promove a formação formal e informal da equipa. | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 35,0 | 26 | 65,0 |
| Estimula os enfermeiros à autoformação. | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 13 | 32,5 | 25 | 62,5 |
| Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências. | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 12 | 30,0 | 26 | 65,0 |

Na interpretação dos dados do quadro 11, aferimos uma referência de todas as atividades descritas como praticadas sempre, em que surge com 77,5% a promoção da enfermagem baseada na evidência; com menor frequência, dentro do grupo, a estimulação dos enfermeiros à autoformação (62,5%). De destacar que nenhuma das atividades foi indicada

como nunca praticada; porém, surgem como pouco praticadas, em valores iguais, as seguintes atividades: estimular os enfermeiros à autoformação (5,0%) e proporcionar espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências (5,0%).

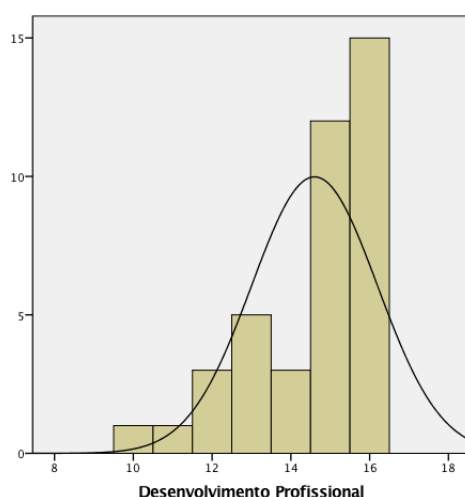
Gráfico 13 - Desenvolvimento Profissional, por local de exercício profissional



*Fonte de dados anexo IX

As atividades referidas no domínio hospitalar como sempre realizadas com maior frequência são promover a enfermagem baseada na evidência e promover a formação formal e informal da equipa, com uma percentagem de 37,5%. No ACES verificamos que a atividade mais aludida é a promoção da enfermagem baseada na evidência (37,5%) seguida de proporcionar espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências (30,0%). Os enfermeiros que desempenham funções em ambas as áreas referem praticar às vezes ou sempre todas as atividades, não existindo grandes distinções estatísticas entre as mesmas (gráfico 13).

Gráfico 14 - Distribuição da categoria desenvolvimento profissional



A distribuição apresentada no gráfico 14 ilustra as respostas obtidas na categoria desenvolvimento profissional, na qual se observa uma predominância das respostas à direita do gráfico, ou seja, opção pratica às vezes e pratica sempre, o que, quando associado ao valor do coeficiente de Skewness (-1,163), indica uma distribuição assimétrica negativa.

Em síntese, ao analisarmos as competências desenvolvidas pelos enfermeiros gestores em estudo, nas suas diferentes dimensões, podemos concluir que desenvolvem atividades em todas as dimensões, destacando que desenvolvem todas as atividades, na sua maioria, nos domínios de pratica às vezes e pratica sempre, o que leva também a afirmar que a escala mediu o que se pretendia analisar.

No âmbito da prática profissional, ética e legal, podemos afirmar que os enfermeiros se preocupam sempre com os valores dos enfermeiros e dos doentes, discutem questões éticas com a equipa, controlam o respeito pela privacidade e individualidade do doente e garantem condições legais para os cuidados e exercício profissional.

Na dimensão gestão de cuidados, a amostra em estudo pratica às vezes e sempre grande parte das atividades elencadas, das quais destacamos, por serem mais referenciadas como praticadas sempre, as direcionadas com tomar decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes, prevendo e assegurando os meios e recursos necessários à prestação de cuidados. Para tal, garantem dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão, analisam e avaliam a qualidade dos cuidados e implementam medidas corretivas, contribuindo, assim, para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade.

Na gestão dos recursos humanos, surgem atividades elencadas como nunca praticadas pelo simples facto de não serem atividades dos cuidados de saúde primários, como por exemplo o assistir à passagem de turno. Das atividades mais referenciadas como praticadas sempre sobressaem: criar, manter e desenvolver a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos; avaliar o desempenho dos enfermeiros; distribuir os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes e promover o empenhamento e a motivação da equipa (visão global).

No domínio da intervenção política e assessoria, constatamos uma maior dispersão nas dimensões das atividades listadas; destas as que se encontram catalogadas com pratica sempre encontramos com maior frequência adaptar os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício e conceber e operacionalizar projetos no serviço, implicando-se e implicando a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais.

O desenvolvimento profissional é valorizado em todas as áreas como pratica às vezes e pratica sempre, em que a promoção da prática baseada na evidência e a formação formal e informal da equipa são mais valorizadas.

4.3 – Gestão de conflitos

A gestão de conflitos é um dos grandes desafios que os profissionais da área da gestão enfrentam, motivo pelo qual o tipo de estratégias adotado para a resolução dos mesmos é determinante para a satisfação, envolvimento da equipa na missão e sucesso da organização, pelo que faremos uma análise das estratégias adotadas pela nossa amostra.

Para a determinação dos valores, procedemos às orientações dos autores da escala para a determinação dos valores (COSTA, et al., 2013), que expomos.

As respostas classificadas de raramente e sempre foram transcritas numa escala de 1 a 5, em que 1 é a estratégia menos frequente e 5 a estratégia mais frequentemente adotada na resolução dos conflitos. Para determinar a classificação individual de cada inquirido a cada uma das frequências (1,2,3,4,5) foi realizado um somatório de cada uma delas separadamente, para de seguida calcular o produto do número de elementos da amostra

para cada uma das frequências. Passamos a exemplificar: se uma afirmação foi referida por 5 participantes com o valor 1 na escala de conflitos, vamos determinar o produto desta relação, o mesmo será feito para cada uma das frequências (1,2,3,4,5) tendo por base o número de respostas. Os valores obtidos foram somados e expostos no somatório total. Após a determinação desse valor, este foi dividido pelo número de inquiridos, o que nos indica a frequência média de utilização da estratégia na resolução de conflitos.

Por fim, a soma das frequências médias originou uma variação numérica entre 3 e 15, que determina o grau de recurso das estratégias. Ressalva-se que a média foi calculada atentando unicamente às três perguntas equivalentes à estratégia à qual estavam dependentes. A comparação das médias permite aferir a postura mais frequente entre os enfermeiros gestores do estudo. Assim, as três questões ligadas entre si por uma estratégia exibem resultado mínimo de 3 e máximo de 15, ou seja, quanto mais próximo de 3, menos predominante é o recurso da estratégia, por outro lado, quanto mais próximo de 15, mais frequente é a sua utilização.

A **abstenção** é uma das estratégias adotadas na resolução de conflitos em que existe baixa preocupação consigo e com o outro, sendo associada a comportamentos de retirada e contorno.

Quadro 12 - Média de frequência de estratégias de abstenção

| N. | Pergunta | Raramente | | | Sempre | | Subtotal | Média |
|-------------|----------|---------------|---|---|--------|---|----------|-------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Hospital | 1 | 5 | 6 | 4 | 4 | 2 | 55 | 3 |
| | 6 | 2 | 4 | 6 | 6 | 3 | 67 | 3 |
| | 11 | 0 | 2 | 7 | 11 | 1 | 74 | 4 |
| | | Média total | | | | | | 9 |
| | | Desvio padrão | | | | | | 2,221 |
| Ambas áreas | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| | 6 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 3 |
| | 11 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 7 | 4 |
| | | Média total | | | | | | 7 |
| | | Desvio padrão | | | | | | 0,000 |
| ACES | 1 | 9 | 3 | 4 | 0 | 1 | 32 | 2 |
| | 6 | 5 | 1 | 5 | 5 | 1 | 47 | 3 |
| | 11 | 1 | 1 | 6 | 8 | 1 | 58 | 3 |
| | | Média total | | | | | | 8 |
| | | Desvio padrão | | | | | | 2,331 |

Pela análise do quadro 12, podemos aferir que a média de frequência de comportamentos de abstenção na gestão de conflitos é superior a nível hospitalar e menor no desempenho dos enfermeiros supervisores e diretor da instituição em estudo, contudo a diferença entre as diferentes áreas tem pouca relevância em termos de média. De todas as questões a mais destacada em ambas as áreas está relacionada com a não exposição de divergências percebidas e ainda não explícitas para evitar ressentimentos.

A **acomodação**, como estratégia na resolução de conflitos, envolve comportamentos de baixa preocupação consigo e alta com a outra parte em conflito, minimizando diferenças e enfatizando os pontos comuns para satisfazer a outra parte.

Quadro 13 - Média de frequência de estratégias de acomodação

| | | Raramente | | | Sempre | | | | | | |
|-------------|----|--|--|---|--------|----|---|----|---------------|-------------|----|
| N. | | Pergunta | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Subtotal | Média | |
| Hospital | 2 | Você tenta satisfazer as expectativas das partes envolvidas no conflito? | | | 0 | 0 | 4 | 12 | 5 | 85 | 4 |
| | 7 | Você procura conformar-se com os desejos das partes ou de uma das partes envolvidas? | | | 0 | 10 | 9 | 1 | 1 | 56 | 3 |
| | 12 | Você concorda com a solução proposta pelas partes? | | | 0 | 2 | 7 | 11 | 1 | 74 | 4 |
| | | | | | | | | | | Média total | 10 |
| | | | | | | | | | Desvio padrão | 1,609 | |
| Ambas áreas | 2 | Você tenta satisfazer as expectativas das partes envolvidas no conflito? | | | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 9 | 5 |
| | 7 | Você procura conformar-se com os desejos das partes ou de uma das partes envolvidas? | | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| | 12 | Você concorda com a solução proposta pelas partes? | | | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 7 | 4 |
| | | | | | | | | | | Média total | 9 |
| | | | | | | | | | Desvio padrão | 0,707 | |
| ACES | 2 | Você tenta satisfazer as expectativas das partes envolvidas no conflito? | | | 1 | 1 | 8 | 2 | 5 | 60 | 4 |
| | 7 | Você procura conformar-se com os desejos das partes ou de uma das partes envolvidas? | | | 4 | 5 | 5 | 3 | 0 | 41 | 2 |
| | 12 | Você concorda com a solução proposta pelas partes? | | | 1 | 1 | 6 | 8 | 1 | 58 | 3 |
| | | | | | | | | | | Média total | 9 |
| | | | | | | | | | Desvio padrão | 1,751 | |

Pela observação do quadro 13 concluímos que comportamentos de acomodação são mais frequentes a nível hospitalar, em que questões relacionadas com a satisfação das expectativas e a concordância da solução apresentada pelas partes envolvidas nos conflitos são valorizadas. Por outro lado, os enfermeiros gestores do ACES e de ambas as áreas utilizam este tipo de comportamento na mesma frequência e valorizam a satisfação das expectativas das partes com maior assiduidade, quando assumem esta estratégia.

A **imposição** enquanto estratégia de gestão de conflitos engloba grande preocupação consigo e baixa com a outra parte, associado a comportamentos de ganha-perde ou comportamentos de forçar o outro.

Quadro 14 - Média de frequência de estratégias de imposição

| | | Raramente | | | Sempre | | | | |
|-------------|----|--|---|---|--------|----|---------------|-------------|-------|
| N. | | Pergunta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Subtotal | Média |
| Hospital | 3 | Você discute a sua opinião com os profissionais da sua unidade para mostrar os méritos da sua posição? | 2 | 2 | 2 | 12 | 3 | 75 | 4 |
| | 8 | Você é firme na defesa de sua posição na questão? | 0 | 2 | 6 | 11 | 2 | 76 | 4 |
| | 13 | Você sustenta a solução que tem em relação ao problema e costuma não abrir mão dela? | 4 | 7 | 7 | 3 | 0 | 51 | 2 |
| | | | | | | | | Média total | 10 |
| | | | | | | | Desvio padrão | 1,936 | |
| Ambas áreas | 3 | Você discute a sua opinião com os profissionais da sua unidade para mostrar os méritos da sua posição? | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 | 3 |
| | 8 | Você é firme na defesa de sua posição na questão? | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 | 3 |
| | 13 | Você sustenta a solução que tem em relação ao problema e costuma não abrir mão dela? | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 2 |
| | | | | | | | | Média total | 8 |
| | | | | | | | Desvio padrão | 1,414 | |
| ACES | 3 | Você discute a sua opinião com os profissionais da sua unidade para mostrar os méritos da sua posição? | 2 | 0 | 7 | 7 | 1 | 56 | 3 |
| | 8 | Você é firme na defesa de sua posição na questão? | 0 | 4 | 5 | 8 | 0 | 55 | 3 |
| | 13 | Você sustenta a solução que tem em relação ao problema e costuma não abrir mão dela? | 4 | 3 | 8 | 1 | 1 | 43 | 3 |
| | | | | | | | | Média total | 9 |
| | | | | | | | Desvio padrão | 2,331 | |

O quadro 14 registra a existência de comportamentos de imposição com maior consistência no ambiente hospitalar, seguido pelo ACES e por último nos elementos adstritos às duas áreas de atuação. Porém, a nível hospitalar e em ambas as áreas observam-se, com maior intensidade, comportamentos de discussão para mostrar a posição do gestor, demonstrando os méritos alcançados e a firmeza na defesa da sua posição. A nível dos enfermeiros gestores do ACES não se verifica prevalência de algum tipo de comportamento, registrando todos um igual grau de frequência.

A **conciliação**, enquanto estratégia para a gestão de conflitos, determina uma moderada preocupação pelas partes envolvidas, encontra-se associada a comportamentos de dar e receber ou de partilha de ambas as partes para atingir uma decisão aceitável.

Quadro 15 - Média de frequência de estratégias de abstenção

| | N. | Pergunta | Raramente | | | Sempre | | Subtotal | Média |
|-------------|----|--|-----------|---|---|--------|----|----------------------|-------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Hospital | 4 | Você negocia com as partes envolvidas no conflito, de forma que se possa chegar a um acordo? | 0 | 0 | 0 | 11 | 10 | 94 | 4 |
| | 9 | Você adota o "toma-lá-dá-cá", de forma que se possa chegar a um acordo? | 1 | 7 | 6 | 4 | 3 | 64 | 3 |
| | 14 | Você propõe o meio-termo para solucionar os impasses? | 0 | 4 | 3 | 11 | 3 | 76 | 4 |
| | | | | | | | | Média total | 10 |
| | | | | | | | | Desvio padrão | 1,957 |
| Ambas áreas | 4 | Você negocia com as partes envolvidas no conflito, de forma que se possa chegar a um acordo? | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 10 | 5 |
| | 9 | Você adota o "toma-lá-dá-cá", de forma que se possa chegar a um acordo? | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5 | 3 |
| | 14 | Você propõe o meio-termo para solucionar os impasses? | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 | 3 |
| | | | | | | | | Média total | 11 |
| | | | | | | | | Desvio padrão | 2,121 |
| ACES | 4 | Você negocia com as partes envolvidas no conflito, de forma que se possa chegar a um acordo? | 0 | 0 | 4 | 2 | 11 | 75 | 4 |
| | 9 | Você adota o "toma-lá-dá-cá", de forma que se possa chegar a um acordo? | 4 | 4 | 8 | 1 | 0 | 40 | 2 |
| | 14 | Você propõe o meio-termo para solucionar os impasses? | 0 | 0 | 6 | 6 | 5 | 67 | 4 |
| | | | | | | | | Média total | 11 |
| | | | | | | | | Desvio padrão | 1,759 |

Ao explorar o quadro 15 aferimos que estratégias de conciliação são mais frequentes no ACES e na gestão de ambas as áreas, seguido pela área hospitalar, em que constatamos a existência de comportamentos de negociação entre as partes para chegarem a um acordo e a uma proposta de soluções intermédias para a resolução do conflito.

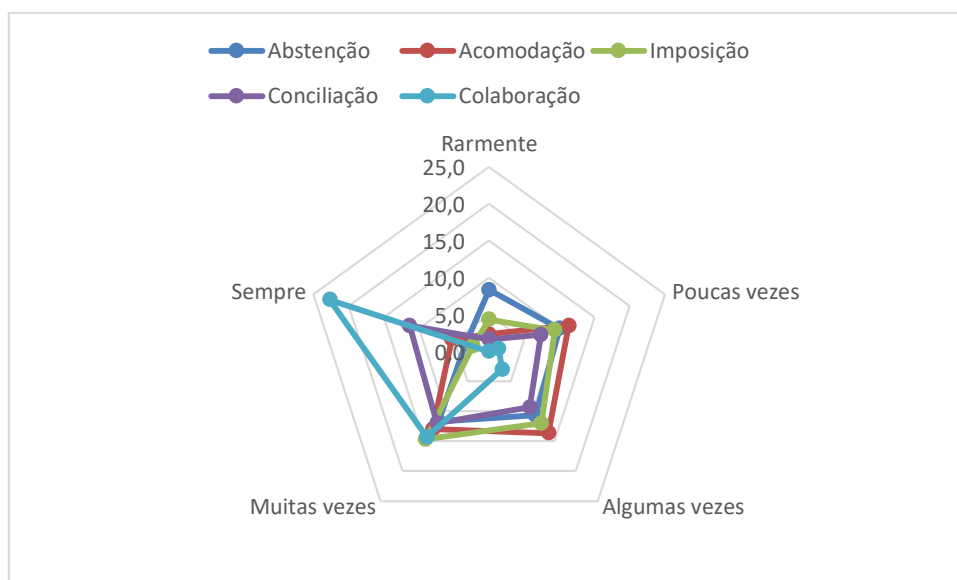
A **colaboração**, enquanto estratégia de resolução de conflitos, implica grande preocupação consigo e com o outro, existe preocupação com a cooperação entre as partes, ou seja, abertura, troca de informação e análise das diferenças para alcançar uma solução aceitável para as partes.

Quadro 16 - Média de frequência de estratégias de colaboração

| N. | Pergunta | Raramente | | | Sempre | | Subtotal | Média |
|-------------|----------|---------------|---|---|--------|----|----------|-------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Hospital | 5 | 0 | 0 | 0 | 7 | 14 | 98 | 5 |
| | 10 | 0 | 0 | 2 | 12 | 7 | 89 | 4 |
| | 15 | 0 | 0 | 2 | 6 | 13 | 95 | 5 |
| | | Média total | | | | | | 13 |
| | | Desvio padrão | | | | | | 1,207 |
| Ambas áreas | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 10 | 5 |
| | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 10 | 5 |
| | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 10 | 5 |
| | | Média total | | | | | | 15 |
| | | Desvio padrão | | | | | | 0,000 |
| ACES | 5 | 0 | 0 | 2 | 6 | 9 | 75 | 4 |
| | 10 | 0 | 0 | 2 | 5 | 10 | 76 | 4 |
| | 15 | 0 | 0 | 1 | 7 | 9 | 76 | 4 |
| | | Média total | | | | | | 13 |
| | | Desvio padrão | | | | | | 1,656 |

O quadro 16 representa estratégias de colaboração na gestão de conflitos, na qual podemos observar que é uma postura usada com muita frequência em todas as áreas, mas com grande prevalência na gestão efetuada pelos enfermeiros supervisores e diretor da ULS. Nela são descritos comportamentos de busca e troca de informação sobre o conflito para encontrar uma solução aceitável, colocando todas as preocupações e questões em discussão.

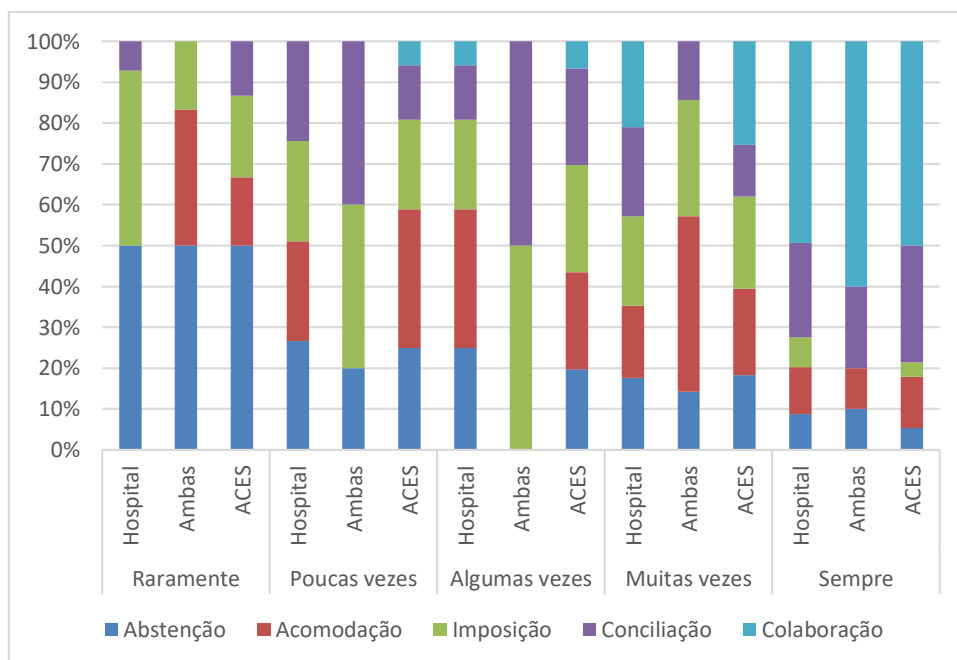
Gráfico 15 – Estratégias de gestão de conflitos



*Fonte de dados anexo X

A estratégia mais representada no sempre é a colaboração, na posição raramente a abstenção e algumas vezes a acomodação (gráfico 15).

Gráfico 16 – Estratégias de gestão de conflitos, por local de exercício profissional



*Fonte de dados anexo X

A estratégia representada no gráfico 16 no sempre e por área é a colaboração. A conciliação surge com mais representação nos enfermeiros que trabalham em ambas as áreas na classificação algumas vezes. A abstenção é a estratégia representada pelas três

áreas de atuação co raramente. A imposição surge na parte de todas as áreas de enfermagem e varia do raramente ao sempre.

Em suma, de referir que estamos perante uma amostra relativamente jovem no que se refere a tempo de experiência na área da gestão, apesar de vários anos de exercício profissional, que a maioria é detentora de formação profissional especializada e minoria com formação académica diferenciada.

No âmbito das competências apuramos que a maioria dos participantes refere a prática de às vezes e sempre em todos os domínios de competências do enfermeiro gestor. De destacar que no domínio prática profissional, ética e legal na área do hospital e ACES a maioria dos participantes referem praticar sempre todas as dimensões, por outro lado os profissionais que exercem funções em ambas as áreas distribuem todas as dimensões em percentagens iguais entre às vezes e sempre.

Na gestão de cuidados podemos aferir que os enfermeiros gestores de todas as áreas tem maiores frequências no pratica sempre em quase todas as dimensões, demarcando-se na área do ACES com maior frequência atividades pratica às vezes direcionadas a questões de discussão do risco dos doentes face aos cuidados e condições de serviço e a gestão de todos os documentos orientadores para a utilização de equipamentos e material.

No domínio gestão de recursos humanos apreciamos a existência de maior frequência de registo no âmbito de atuar como agente formador na equipa multi e intra disciplinar como realizada às vezes no hospital e no ACES. No âmbito comunitário também assistimos a referência em maior percentagem a dimensão direcionada a presença de passagem de turno.

Na intervenção politica e assessoria observamos maior referencia a em todas as atividades deste domínio, no grupo dos enfermeiros de ambas às áreas, seguida pelo ACES e só no fim no âmbito hospitalar. De ressaltar que é a dimensão com maior frequência de registo quando destacadas como nunca pratica de todos os domínios de competências.

Por último, na área do desenvolvimento profissional constatamos que estamos perante uma equipa que valoriza atividades relacionadas com o desenvolvimento profissional da equipa por valores de referência mais elevados no pratica sempre em todas as dimensões, contrapondo com os enfermeiros gestores de ambas as áreas que se distribuem entre o às vezes e sempre em percentagens iguais.

Na gestão de conflitos, os enfermeiros gestores da instituição em estudo assumem frequentemente estratégias de colaboração, seguido de estratégias de conciliação na resolução de conflitos e raramente comportamentos de abstenção, quer seja no todo quer seja por local de exercício profissional. De destacar que os enfermeiros gestores de ambas as áreas, ou seja, diretores e supervisores, utilizam as vezes, em frequências iguais, comportamentos de imposição e conciliação.

4.4 – Gestão em enfermagem: uma imagem entre o hospital e a comunidade

Na presente secção iremos proceder à análise das películas obtidas na investigação, descobrindo as relações significativas que existem entre as variáveis em apreço. Para a fazermos, recorreremos à estatística não paramétrica, tendo em conta as características da distribuição da amostra e da sua dimensão.

No recurso à estatística não paramétrica, dispomos de testes não paramétricos, tais como, teste de Mann-Whitney, teste de Kruskal-Wallis, teste de Wilcoxon, entre outros. Na investigação, recorreremos ao teste de Kruskal-Wallis por ser um teste que permite analisar a variância de um fator e por permitir a comparação de várias amostras independentes (ALMEIDA, 2017).

O presente estudo visa conhecer se existem diferenças na perceção das competências do enfermeiro gestor, entre os gestores de enfermagem da comunidade e do meio hospitalar da instituição em investigação; como tal, iremos analisar individualmente as diferentes questões de investigação, com o intuito de lhes dar resposta.

Neste estudo é determinante estabelecer **que diferença existe no perfil do enfermeiro gestor do hospital e da comunidade**, para o que criamos o perfil do enfermeiro gestor, indagando sobre a maior representatividade das categorias.

Quadro 17 – Perfil do enfermeiro gestor em função da área de exercício profissional

| | <i>Área Clínica Hospitalar</i> | <i>Ambas áreas</i> | <i>ACES</i> |
|--|--|---|--|
| <i>Sexo</i> | Feminino | Feminino | Masculino |
| <i>Idade</i> | 51 - 60 | 54 - 60 | 41 - 50 |
| <i>Departamento</i> | Mulher, da criança e jovem / Emergência e medicina intensiva | Diretores e supervisores | UCC |
| <i>Anos de exercício profissional</i> | 26 - 30 | 26 - 30 / 31 - 35 | 21 - 25 / 26 - 30 |
| <i>Anos de exercício na área da gestão</i> | 6 - 10 | 16 - 20 | 6 - 10 |
| <i>Anos no atual serviço</i> | 6 - 10 | 1 - 5 / 11 - 15 | 6 - 10 |
| <i>Especialidade</i> | Médico-cirúrgica | Comunitária / Saúde Infantil e Pediátrica | Comunitária |
| <i>Pós-graduação</i> | Administração e gestão | Administração e gestão | Administração e gestão |
| <i>Mestrado</i> | Saúde Infantil e Pediátrica | | Comunitária / Saúde Escolar |
| <i>Outros graus acadêmicos</i> | Licenciatura em gestão de empresas | MBA | Licenciatura em gestão de empresas |
| <i>Conflitos (média)</i> | Colaboração | Colaboração | Colaboração |

Na análise do quadro 17, verificamos diferenças de perfil do enfermeiro gestor do hospital e da comunidade, nomeadamente nas questões de sexo e idade: os da área hospitalar são mais velhos que os da área comunitária. Apesar disso, quanto ao tempo de exercício profissional, os enfermeiros gestores do âmbito hospitalar são mais velhos de idade, apesar de ambos os grupos deterem o mesmo tempo de experiência profissional na área da gestão. A especialidade de enfermagem mais comum no domínio hospitalar regista-se na área médico-cirúrgica; por outro lado, na área da comunidade, o âmbito da especialidade é enfermagem comunitária. Quanto ao grau académico de mestrado, os profissionais hospitalares emergiu estudos na área de saúde infantil e pediátrica; na comunidade, no setor da enfermagem comunitária e saúde escolar.

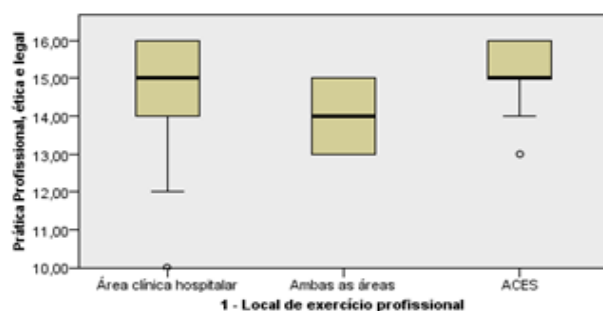
Após estabelecer as diferenças do perfil do enfermeiro gestor de cada uma das áreas de atuação, iremos averiguar que **relação existe entre as características do enfermeiro gestor e o local de trabalho**. Assim, do quadro 17 podemos concluir que o perfil do enfermeiro gestor da área hospitalar é de um profissional do sexo feminino, com idade compreendida entre os 51 – 60 anos, do departamento da mulher, da crianças e do jovem ou da emergência e medicina intensiva. Será um profissional que trabalha há 26 – 30 anos e com experiência na área da gestão de 6 a 10 anos, o equivalente aos anos de exercício no atual serviço e com especialidade em enfermagem médico- cirúrgica e pós graduação em administração e gestão.

Este profissional utiliza na gestão, em média, a estratégia de colaboração para a resolução de conflitos. Por outro lado, o perfil do enfermeiro gestor da comunidade é representado por um profissional do sexo masculino, com idade compreendida entre os 41 – 50 anos e pertencente à UCC. O profissional exerce a sua atividade profissional há 21 – 25 anos ou 26 – 30 anos, mas com desempenho na área da gestão e no atual serviço há 6 – 10 anos, com a especialidade de enfermagem comunitária e pós-graduação em administração e gestão. Quando chamado a mediar ou resolver conflitos, recorre frequentemente a estratégias de colaboração para o sucesso.

Quanto ao perfil do enfermeiro gestor de ambas as áreas de intervenção, este corresponde a um elemento do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 51 e os 60 anos, sendo representados pelos enfermeiros diretores e supervisores. Quanto ao tempo de exercício da atividade profissional na enfermagem, está será de 26 a 30 anos ou de 31 a 35 anos, dos quais 16 a 20 anos na área da gestão, mas com exercício no atual papel entre 1 e 5 anos ou 11 e 15 anos. Serão profissionais detentores da especialidade em enfermagem de saúde infantil e pediátrica ou enfermagem de saúde comunitária e pós-graduação em administração e gestão. Na resolução de conflitos, recorre com maior incidência a estratégias de colaboração.

De igual modo, era objetivo da investigação saber **quais as áreas de competências dos enfermeiros gestores, face ao exercício do seu trabalho em ambiente hospitalar ou comunitário**. O enfermeiro gestor é o elemento que, numa organização de saúde, detém competências distintas no âmbito da gestão, nomeadamente no domínio da prática profissional, ética e legal; da gestão de cuidados; da gestão de recursos humanos; na intervenção política e assessoria e do desenvolvimento profissional.

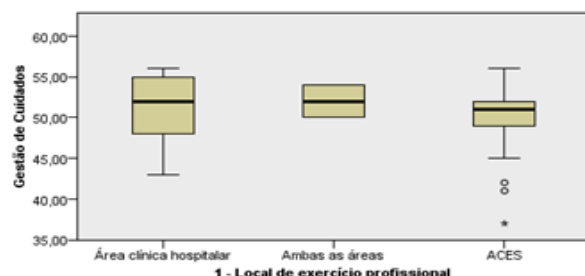
Gráfico 17 – Distribuição do domínio prática profissional, ética e legal, por área de atuação



No escrutinar das competências do enfermeiro gestor na investigação, tendo por base o seu local de exercício profissional, verificamos que no domínio da prática profissional, ética

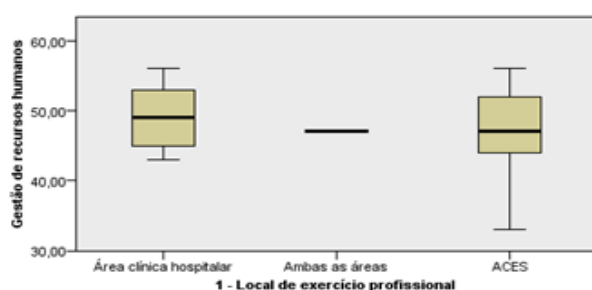
e legal não existem diferenças significativas entre as amostras ($p=0,459$), contudo denota-se maior preocupação no ACES, uma vez que os dados são negativamente assimétricos. No entanto, na área hospitalar e em ambas as áreas verificamos uma razoável simetria dos dados. De ressaltar a observação de um *outlier* no grupo dos enfermeiros gestores do ACES, ou seja, uma resposta que apresenta grande divergência em relação às restantes (gráfico 17).

Gráfico 18 – Distribuição do domínio gestão de cuidados, por área de atuação



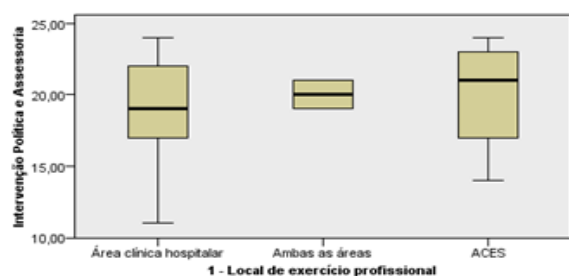
Ao analisar o gráfico 18 aferimos que não existe diferença significativa em termos de valores médios para o domínio da gestão de cuidados nas diferentes áreas de atuação ($p=0,688$), observando-se a existência de dois valores *outliers* e um valor externo à normalidade nas respostas dos enfermeiros gestores do ACES. Aferimos de igual modo que, embora a mediana tenha valores próximos nos três grupos, o intervalo entre o máximo e o mínimo de cada grupo varia, sendo o grupo que apresenta maior dispersão o da área clínica hospitalar.

Gráfico 19 - Distribuição do domínio gestão de recursos humanos, por área de atuação



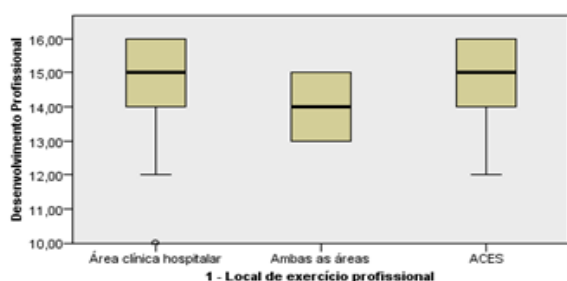
No domínio da gestão dos recursos humanos também não se verificam diferenças significativas ($p=0,434$) entre as diversas áreas de atuação (gráfico 19), evidenciando-se maior dispersão na área clínica hospitalar e ACES, contudo no ACES a dispersão dos dados é negativamente assimétrica, enquanto na área clínica hospitalar a dispersão dos dados é simétrica.

Gráfico 20 – Distribuição do domínio intervenção política e assessoria, por área de atuação



Ao observar o gráfico 20 deparamos que, apesar de não existirem diferenças significativas no domínio intervenção política e assessoria ($p=0,600$), existe maior dispersão dos dados neste âmbito a nível do ACES e da área clínica hospitalar do que em ambas as áreas, porém com dispersão assimétrica negativa na área clínica hospitalar e dispersão assimétrica positiva no ACES, pela comparação dos valores médios. Os dados de ambas as áreas têm uma representação simétrica.

Gráfico 21 – Distribuição do domínio desenvolvimento profissional, por área de atuação



O gráfico 21 revela-nos que existe maior dispersão no desenvolvimento profissional do enfermeiro gestor e da equipa no âmbito hospitalar e ACES, do que nos enfermeiros supervisores e diretor, apesar de não existirem diferenças significativas ($p=0,664$).

Após a determinação das competências dos enfermeiros gestores, procuramos aferir se **existem diferenças de competências entre os enfermeiros gestores de ambiente hospitalar e comunitário**. Sendo certo que autores referenciados na revisão bibliográfica destacam que o local de exercício de funções determina o desenvolvimento de competências dos profissionais e consequentemente do estilo de gestão, é esperado que um profissional do âmbito hospitalar possua competências diferentes das de um enfermeiro que desempenha funções no âmbito da comunidade, pelo tipo de assistência e gestão de cuidados.

Quadro 18 – Descrição do comportamento das variáveis competências e local de trabalho

| | <i>Dimensões das competências</i> | <i>Sig.</i> |
|----------|--|--------------------|
| 1 | Prática Profissional, ética e legal | 0,459 |
| 2 | Gestão de Cuidados | 0,688 |
| 3 | Gestão de recursos humanos | 0,434 |
| 4 | Intervenção Política e Assessoria | 0,600 |
| 5 | Desenvolvimento Profissional | 0,664 |

O quadro 18 apresenta os resultados da exploração das diferentes dimensões das competências do enfermeiro gestor e os locais de trabalho, criando os três grupos: hospital, os dois locais e a comunidade. Verificamos não existirem diferenças significativas nos domínios: prática profissional, ética e legal; gestão de cuidados; gestão de recursos humanos; intervenção política e assessoria e desenvolvimento profissional, uma vez que o teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes, realizado para cada uma das variáveis, é superior a 0,05. Assim, concluímos que não existem diferenças nas competências desenvolvidas pelos enfermeiros gestores em função do local de trabalho.

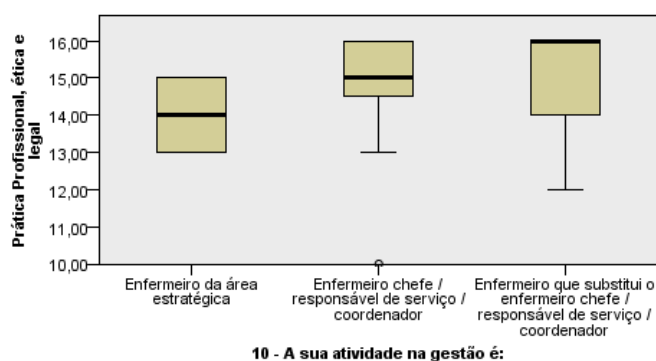
Com a determinação das áreas de competência, procedemos à análise da existência de **relação entre as competências e a condição em que desenvolve a gestão do serviço**, isto é, se os enfermeiros gestores de carreira, os nomeados gestores e os que substituem os gestores tinham opiniões diferentes sobre as suas competências.

Quadro 19 - Descrição do comportamento das variáveis competências e função na área da gestão

| | <i>Dimensões das competências</i> | <i>Sig.</i> |
|----------|--|--------------------|
| 1 | Prática Profissional, ética e legal | 0,346 |
| 2 | Gestão de Cuidados | 0,982 |
| 3 | Gestão de recursos humanos | 0,661 |
| 4 | Intervenção Política e Assessoria | 0,454 |
| 5 | Desenvolvimento Profissional | 0,486 |

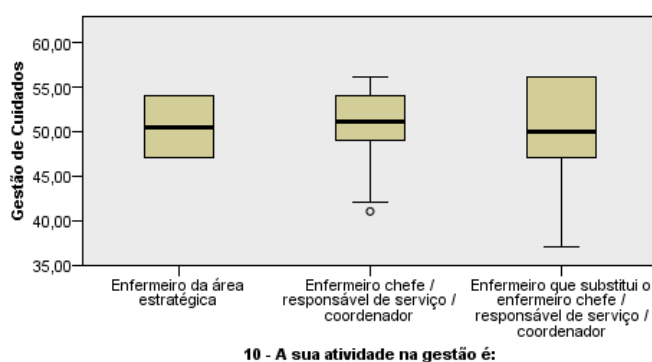
No quadro 19, apresentamos a análise efetuada nas dimensões das competências do enfermeiro gestor e do seu papel na área da gestão, pelo que podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as áreas em apreço, por os resultados expressos do teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes realizado para cada uma das variáveis serem superiores a 0,05.

Gráfico 22 – Distribuição da dimensão prática profissional, ética e legal, por função exercida na área da gestão



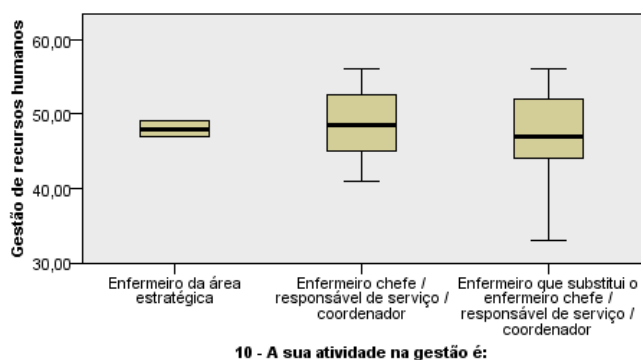
No domínio prática profissional, ética e legal em função da atividade na área da gestão, denotamos, no gráfico 22, que os enfermeiros gestores em funções de substituição apresentam uma dispersão dos dados assimétrica positiva, e os enfermeiros chefes/ responsáveis/ coordenadores uma dispersão assimétrica negativa, desenvolvendo mais atividades deste âmbito que os restantes grupos. Podemos de igual modo aferir que os enfermeiros gestores de ambas as áreas revelam uma dispersão simétrica dos dados. Todavia não apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,346$).

Gráfico 23 - Distribuição da dimensão gestão de cuidados, por função exercida na área da gestão



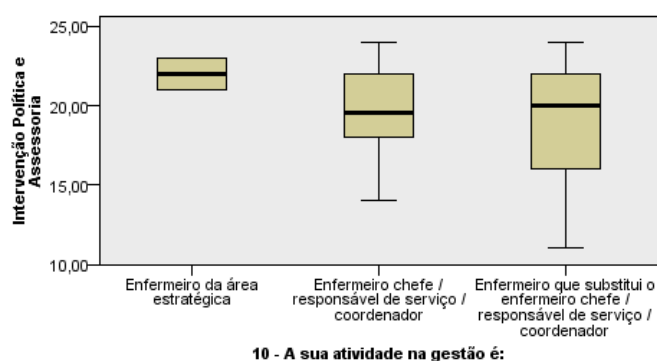
No domínio gestão de cuidados em função do papel assumido na área da gestão, não apuramos diferenças estatísticas significativas ($p=0,493$). O gráfico 23 revela-nos a existência de um *outlier* no grupo dos enfermeiros chefes/ responsáveis/ coordenadores e que os enfermeiros em função de substituição expõem uma maior dispersão das respostas, com dados negativamente assimétricos. No grupo dos enfermeiros gestores da área estratégica, ou seja, diretores e supervisores, a dispersão é simétrica.

Gráfico 24 - Distribuição da dimensão gestão de recursos humanos, por função exercida na área da gestão



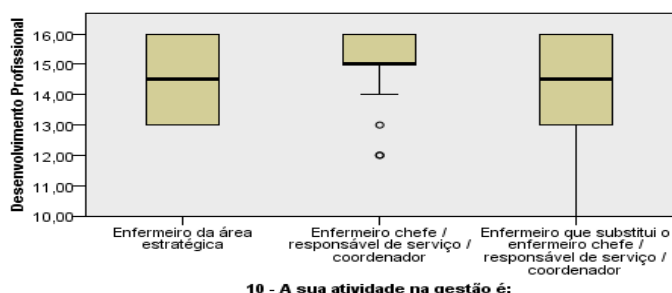
No gráfico 24, verificamos que na dimensão gestão de recursos humanos a distribuição dos dados dos grupos dos enfermeiros da área estratégica e chefes/ responsáveis/ coordenadores é razoavelmente simétrica, revelando-se assimétrica negativa no grupo dos enfermeiros em funções de substituição, apesar de medianas com valores similares. Porém, o grupo com maior e idêntica dispersão de dados é representado pelos enfermeiros chefes/ responsáveis/ coordenadores e em funções de substituição. Pela análise efetuada, concluímos que não se verificam diferenças estatísticas significativas ($p=0,661$).

Gráfico 25 - Distribuição da dimensão intervenção política e assessoria, por função exercida na área da gestão



Na dimensão da intervenção política e assessoria, observamos que o grupo com maior dispersão de dados é o representado pelos enfermeiros em funções de substituição, tendo uma representação assimétrica positiva. Os enfermeiros chefes/ responsáveis/ coordenadores exibem uma distribuição assimétrica negativa e os enfermeiros da área estratégica uma distribuição simétrica (gráfico 25). Também neste domínio não observamos diferenças estatisticamente significativas ($p=0,454$).

Gráfico 26 – Distribuição da dimensão desenvolvimento profissional, por função exercida na área da gestão



O gráfico 26 explora a relação entre a dimensão desenvolvimento profissional e a atividade na área da gestão, em que nos deparamos com a existência de dois *outliers* nas respostas fornecidas pelos enfermeiros chefes/ responsáveis/ coordenadores cuja distribuição é assimétrica negativa. Os dois outros grupos em análise revelam uma maior dispersão dos dados e uma distribuição simétrica, apesar de não se evidenciarem diferenças estatísticas significativas ($p=0,486$).

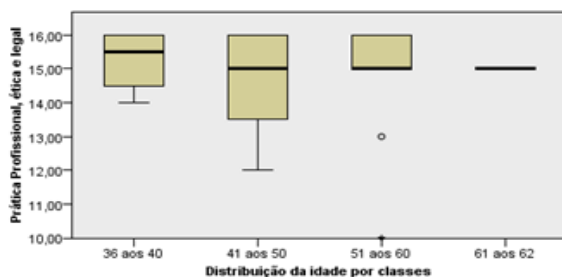
Na análise dos domínios das competências do enfermeiro gestor fomos averiguar se o **fator idade influencia o desenvolvimento dessas competências**, para o que realizamos testes de comparação entre os diferentes domínios e as faixas etárias da amostra.

Quadro 20 - Resumo do teste de hipótese da análise da interferência da variável idade nas competências dos enfermeiros gestores

| | <i>Dimensões das competências</i> | <i>Sig.</i> |
|----------|--|--------------------|
| 1 | Prática Profissional, ética e legal | 0,210 |
| 2 | Gestão de Cuidados | 0,552 |
| 3 | Gestão de recursos humanos | 0,255 |
| 4 | Intervenção Política e Assessoria | 0,690 |
| 5 | Desenvolvimento Profissional | 0,410 |

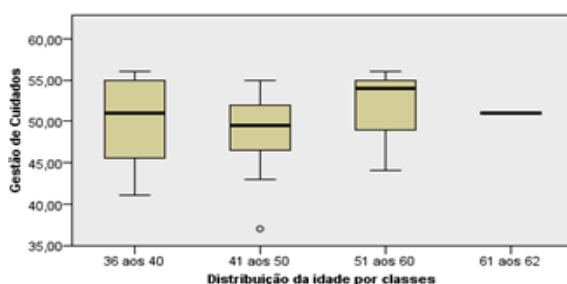
Pela análise do quadro 20, podemos constatar que a variável idade não interfere nas competências dos enfermeiros gestores, dado que o resultado do Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes é superior a 0,05 em todas as categorias da variável em análise.

Gráfico 27 – Distribuição do domínio prática profissional, ética e legal, por idade



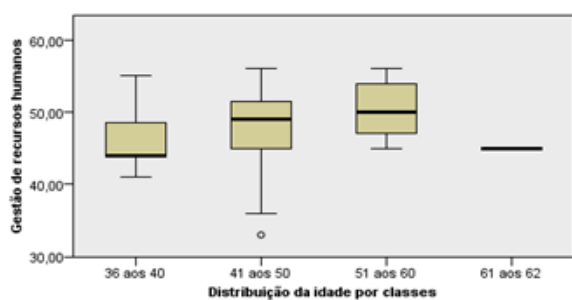
No domínio da prática profissional, ética e legal, tendo por base a variável idade, constatamos pelo gráfico 27 que não se verifica grande dispersão dos valores médios nas diferentes classes de idades ($p=0,496$), mas nota-se uma maior dispersão do domínio no grupo dos 41 aos 50 anos, com uma representação assimétrica positiva. De destacar a existência de um valor *outlier* nas respostas dos enfermeiros do grupo dos 51 aos 60 anos, em que a distribuição dos dados é assimétrica negativa; em contrapartida, no dos 36 aos 40, a distribuição é assimétrica negativa.

Gráfico 28 - Distribuição do domínio gestão de cuidados, por idade



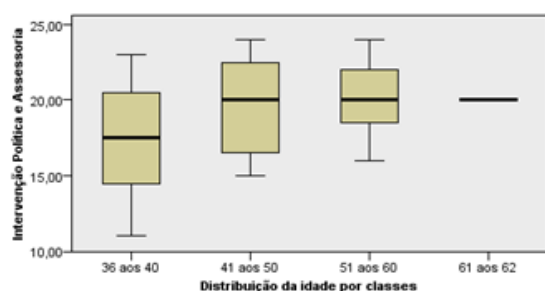
No gráfico 28, verificamos a existência de um maior valor médio de respostas no grupo dos 51 aos 60 anos, com distribuição assimétrica positiva, no domínio da gestão de cuidados; porém, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as classes ($p=0,369$). Observamos todavia a existência de um valor *outlier* nas respostas dos enfermeiros do grupo dos 41 aos 50 anos, no qual a distribuição é simétrica.

Gráfico 29 - Distribuição do domínio gestão de recursos humanos, por idade



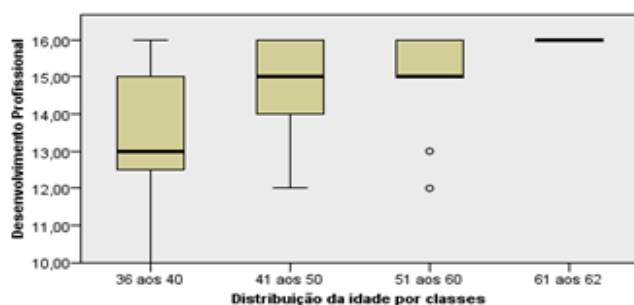
Quanto ao domínio gestão de recursos humanos, aferimos uma maior dispersão dos dados nas classes dos 41 aos 50 anos e dos 51 aos 60 anos, como também valor mediano aproximado; porém na dos 41 aos 50 anos a distribuição é assimétrica negativa e na dos 51 aos 60 anos a distribuição é assimétrica positiva. De notar a existência de um valor *outlier* nas respostas dos enfermeiros do grupo dos 41 aos 50 anos. Na classe dos 36 aos 40 anos observamos uma distribuição assimétrica positiva (gráfico 29). Contudo não verificamos a existência de diferenças estatísticas significativas nas diferentes classes de idade ($p=0,133$).

Gráfico 30 - Distribuição do domínio intervenção política e assessoria, por idade



No âmbito da intervenção política e assessoria, o gráfico 30 revela-nos uma maior dispersão nas classes dos 36 aos 40 anos e 41 aos 50 anos, todavia na dos 36 aos 40 anos a distribuição dos dados é simétrica e na dos 41 os 50 anos a distribuição é assimétrica negativa. De destacar que os valores medianos são aproximados nas classes dos 41 aos 50 anos, 51 aos 60 anos e dos 61 aos 62 anos. Pela análise efetuada, podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,344$).

Gráfico 31 - Distribuição do domínio desenvolvimento profissional, por idade



Pela análise do gráfico 31, verificamos a existência de dois valores *outliers* nas respostas dos enfermeiros do grupo dos 51 aos 60 anos e que o valor mediano vai aumentando com a idade. Dos dados recolhidos, registamos uma maior dispersão na classe dos 36 aos 40 anos, com uma distribuição assimétrica positiva. Apesar dos valores medianos das classes dos 41 aos 50 e dos 51 aos 60 anos ser idêntico, constatamos que na primeira a distribuição é simétrica e na segunda é assimétrica positiva. No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas no domínio desenvolvimento profissional e a idade ($p=0,108$).

É do senso comum valorizar a experiência profissional dos elementos de uma organização, muitas das vezes traduzida em anos de exercício dentro dessa atividade; como tal, fomos aferir se a **experiência profissional influencia o desenvolvimento de competências dos enfermeiros gestores**.

Quadro 21 - Resumo do teste de hipótese da análise da influência da variável anos de experiência profissional nas competências dos enfermeiros gestores

| | <i>Dimensões das competências</i> | <i>Sig.</i> |
|----------|--|--------------------|
| 1 | Prática Profissional, ética e legal | 0,387 |
| 2 | Gestão de Cuidados | 0,135 |
| 3 | Gestão de recursos humanos | 0,896 |
| 4 | Intervenção Política e Assessoria | 0,995 |
| 5 | Desenvolvimento Profissional | 0,813 |

O quadro 21 evidencia que não existem diferenças significativas entre a experiência profissional e o desenvolvimento das competências do enfermeiro gestor, visto os valores do Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes serem superiores a 0,05 em todas as categorias da variável em análise.

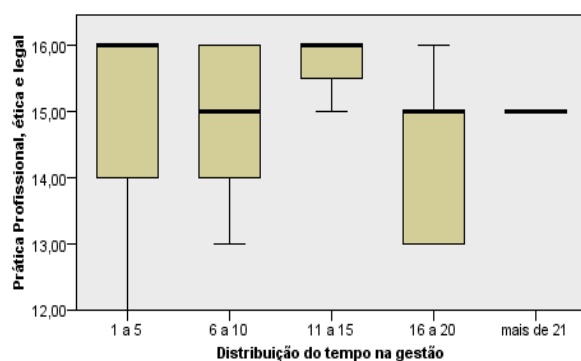
Após concluirmos que não existe interferência significativa dos anos de experiência profissional, achamos pertinente averiguar se a **experiência profissional na área da gestão influencia o desenvolvimento das competências dos enfermeiros gestores**.

Quadro 22 - Resumo do teste de hipótese da análise da influência da variável experiência profissional na área da gestão nas competências dos enfermeiros gestores

| | <i>Dimensões das competências</i> | <i>Sig.</i> |
|----------|-------------------------------------|-------------|
| 1 | Prática Profissional, ética e legal | 0,265 |
| 2 | Gestão de Cuidados | 0,531 |
| 3 | Gestão de recursos humanos | 0,029 |
| 4 | Intervenção Política e Assessoria | 0,139 |
| 5 | Desenvolvimento Profissional | 0,634 |

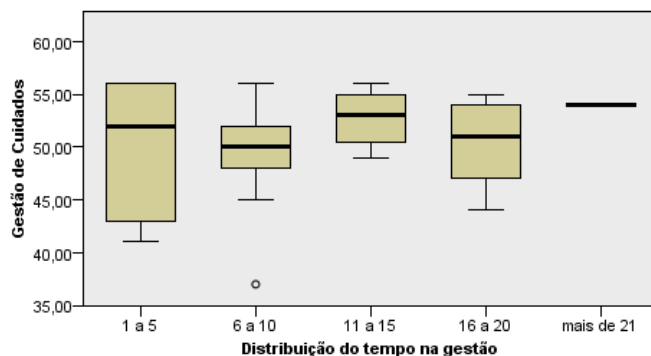
O quadro 22 revela que a experiência profissional na área da gestão tem influência no domínio gestão dos recursos humanos, por apresentar um resultado com significância estatística ($p=0,029$). Em contrapartida, nos restantes domínios não se verificam resultados com significância estatística nos valores do Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes, por serem superiores a 0,05.

Gráfico 32 - Distribuição do domínio prática profissional, ética e legal, por anos de exercício na área da gestão



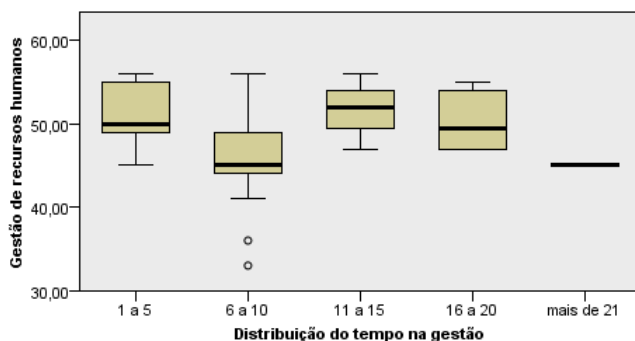
O gráfico 32 revela-nos a existência de dois grupos de valores medianos iguais, que são o dos 1 a 5 anos e o dos 11 a 15 anos de experiência profissional na área da gestão, pois ambos apresentam uma distribuição assimétrica negativa, porém o grupo dos 1 a 5 anos revela maior dispersão. O outro grupo de medianas idênticas é constituído pelas classes dos 6 aos 10 anos, dos 16 aos 20 anos e com mais de 21 anos, em que dos 6 aos 10 anos temos uma representação simétrica dos dados e dos 16 aos 20 anos uma distribuição assimétrica negativa. Contudo, não se evidenciam diferenças estatísticas significativas ($p=0,265$).

Gráfico 33 - Distribuição do domínio gestão de cuidados, por anos de exercício na área da gestão



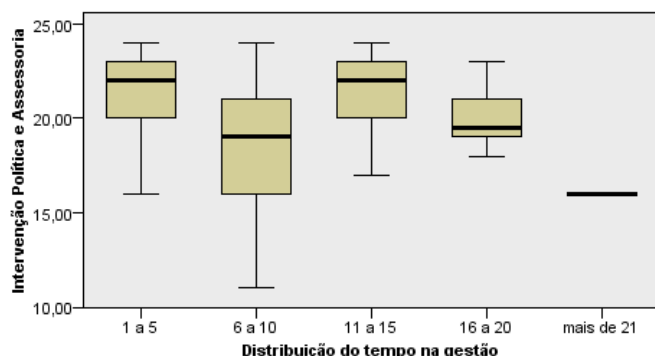
Quando analisamos a distribuição do domínio gestão de cuidados, tendo por base os anos de exercício profissional na área da gestão, observamos que os valores medianos são muito próximos; o grupo com maior dispersão é o dos 1 aos 5 anos de experiência, com uma distribuição negativa. Os restantes grupos apresentam distribuições tendencialmente simétricas (gráfico 33). Como o valor do Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes é superior a 0,05, concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,531$).

Gráfico 34 - Distribuição do domínio gestão de recursos humanos, por anos de exercício na área da gestão



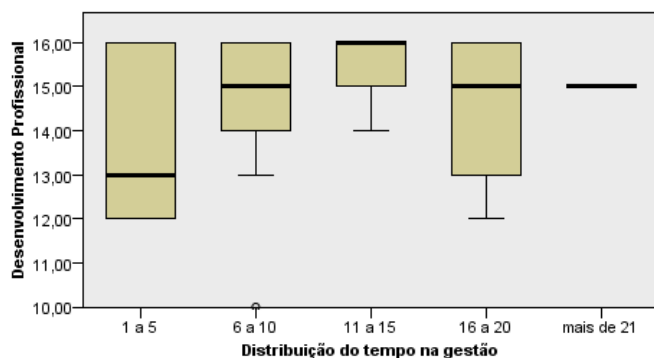
No domínio gestão de recursos humanos, em função dos anos de exercício profissional na área da gestão, aferimos a existência de diferenças significativas ($p=0,029$). No gráfico 34, podemos observar que na questão em causa existem dois valores *outliers* na classe dos 6 aos 10 anos, na qual a distribuição é assimétrica positiva. As classes com maior dispersão dos dados estão representadas pelos grupos dos 1 aos 5 anos e dos 16 aos 20 anos, com distribuição assimétrica positiva.

Gráfico 35 - Distribuição do domínio intervenção política e assessoria, por anos de exercício na área da gestão



No gráfico 35, vemos que o grupo com maior dispersão no domínio da intervenção política e assessoria é o dos 6 aos 10 anos e o que apresenta menor dispersão é o dos 16 aos 20 anos, apesar dos valores medianos similares. Nos grupos dos 1 aos 5 anos e dos 11 aos 15 encontramos uma dispersão idêntica dos valores e uma representação assimétrica negativa dos dados. Concluimos que não existem diferenças estatísticas significativas ($p=0,139$).

Gráfico 36 - Distribuição do domínio desenvolvimento profissional, por anos de exercício na área da gestão



Na análise do domínio desenvolvimento profissional em função dos anos de exercício na área da gestão (gráfico 36) concluimos que a classe com maior dispersão é a dos 1 aos 5 anos, em que a representação é assimétrica positiva. Na dos 6 aos 10 anos e na dos 16 aos 20 anos observamos valores medianos similares, mas na primeira classe há uma distribuição simétrica e na segunda uma representação assimétrica negativa. O valor mais alto da mediana encontra-se na classe dos 11 aos 15 anos em que a sua distribuição é assimétrica negativa. Porém não se evidenciam diferenças estatísticas significativas ($p=0,634$).

Neste estudo, parece-nos pertinente avaliar se a **formação prévia na área da gestão influencia o desenvolvimento de competências dos enfermeiros gestores**, já que a formação pós graduada nesta área visa dotar os enfermeiros de competências e estratégias para uma gestão eficiente, eficaz e efetiva.

Quadro 23 - Resumo do teste de hipótese da análise da influência da variável formação prévia na área da gestão nas competências dos enfermeiros gestores

| | <i>Dimensões das competências</i> | <i>Sig.</i> |
|----------|--|--------------------|
| 1 | Prática Profissional, ética e legal | 0,743 |
| 2 | Gestão de Cuidados | 0,253 |
| 3 | Gestão de recursos humanos | 0,445 |
| 4 | Intervenção Política e Assessoria | 0,747 |
| 5 | Desenvolvimento Profissional | 0,617 |

Pela análise do quadro 23, concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas no facto dos enfermeiros gestores possuírem formação prévia na área da gestão, no desenvolvimento das suas competências profissionais enquanto enfermeiros gestores, uma vez que os valores do Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes são superiores a 0,05 em todas as categorias da variável em análise.

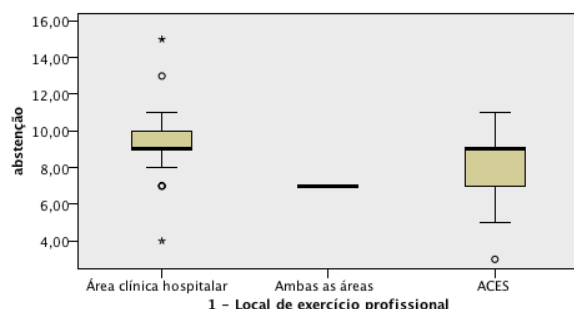
Por último, fomos analisar **se existia relação entre as estratégias de gestão de conflitos e os locais de trabalho**, porque os conflitos e a sua gestão, tal como referido na revisão bibliográfica, são uma constante no dia-a-dia de uma organização e é uma das competências esperadas nos enfermeiros gestores.

Quadro 24 - Resumo do teste de hipótese da análise da influência da variável estratégias de conflitos e local de trabalho

| | <i>Dimensões das competências</i> | <i>Sig.</i> |
|----------|--|--------------------|
| 1 | Abstenção | 0,099 |
| 2 | Acomodação | 0,584 |
| 3 | Imposição | 0,493 |
| 4 | Conciliação | 0,828 |
| 5 | Colaboração | 0,175 |

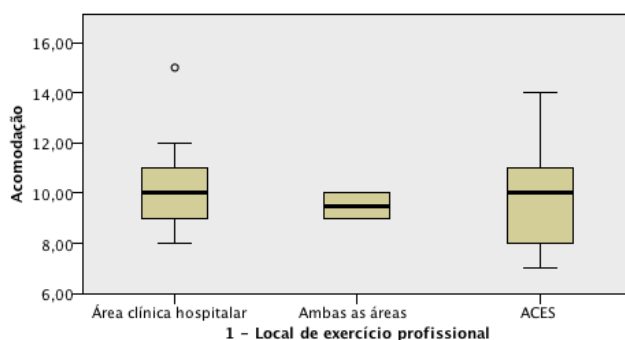
No quadro 24, procedeu-se à análise da relação existente entre as diferentes estratégias de gestão de conflito e os locais de trabalho do enfermeiro gestor; concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas, por os valores do Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes serem superiores a 0,05 em todas as categorias da variável em análise.

Gráfico 37 - Distribuição da estratégia abstenção na gestão de conflitos, por local de trabalho



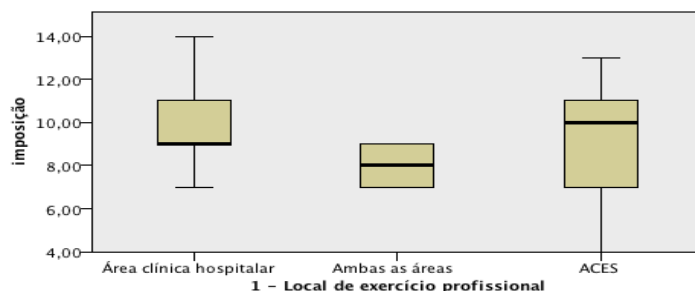
Ao analisarmos a utilização da estratégia de abstenção em função do local de trabalho do enfermeiro gestor, podemos observar a existência de dois *outliers* e dois extremos à normalidade na área clínica hospitalar, porém aferimos que os valores medianos na área clínica hospitalar e ACES são similares, contudo a primeira apresenta menor dispersão e distribuição assimétrica positiva e a segunda área maior dispersão e uma representação assimétrica negativa dos dados (gráfico 38). Diferenças estatisticamente significativas não se verificam ($p=0,099$).

Gráfico 38 - Distribuição da estratégia acomodação na gestão de conflitos, por local de trabalho



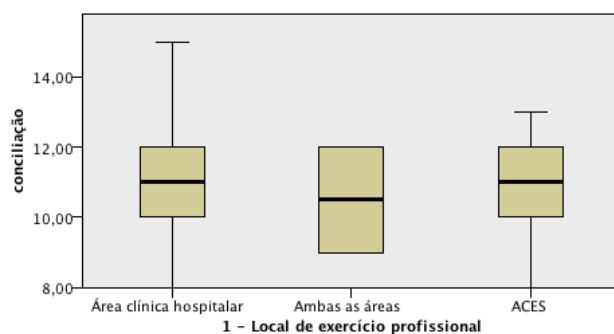
Ao analisar o gráfico 39, podemos registrar a existência de um valor *outlier* e valores medianos idênticos na utilização da estratégia de acomodação na gestão de conflitos nas diferentes áreas de atuação. No entanto, constatamos uma maior dispersão no ACES, com uma representação assimétrica negativa, contrapondo com distribuições tendencialmente simétricas nas restantes áreas. Porém não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,584$).

Gráfico 39 - Distribuição da estratégia imposição na gestão de conflitos, por local de trabalho



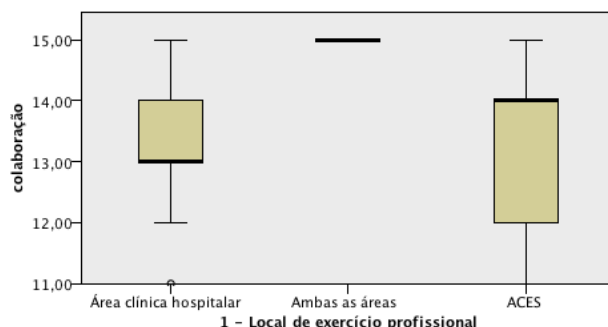
O gráfico 40 regista a utilização da estratégia de imposição na gestão de conflitos, em função da área de exercício profissional, em que constatamos uma maior dispersão dos dados no ACES, com uma representação assimétrica negativa, uma distribuição fortemente assimétrica positiva na área clínica hospitalar e simétrica em ambas as áreas de desempenho. Todavia, não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,493$).

Gráfico 40 - Distribuição da estratégia conciliação na gestão de conflitos, por local de trabalho



Na análise da estratégia de conciliação, observamos que os valores medianos são similares em todas as áreas e que todas as amostras têm uma distribuição tendencialmente simétrica, apesar de uma ligeira dispersão em ambas as áreas de desempenho (gráfico 41). Pelo recurso ao Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes, obtivemos um valor de $p=0,828$, pelo que aferimos não existirem diferenças estatisticamente significativas na categoria em análise.

Gráfico 41 - Distribuição da estratégia colaboração na gestão de conflitos, por local de trabalho



Por último, na análise da estratégia de colaboração na gestão de conflitos tendo por base os locais de exercício profissional, o gráfico 42 revela uma maior dispersão dos dados no ACES, com uma distribuição fortemente assimétrica negativa e uma distribuição fortemente positiva na área clínica hospitalar. Porém, a análise não revela diferenças estatisticamente significativas ($p=0,175$).

Em síntese, os enfermeiros gestores da ULS não demonstraram diferenças estatisticamente significativas relativamente aos locais de trabalho, hospital e comunidade. No que se relaciona com as competências do enfermeiro gestor, concluímos que estas não sofrem influência da variável idade, tempo de experiência profissional na profissão, condição assumida na gestão e formação prévia na área. Existe sim relação estatisticamente significativa entre o domínio de competência gestão de recursos humanos e os anos de exercício na área da gestão.

5 – ESTABELECENDO PARALELISMO COM A LITERATURA

A interpretação de resultados é um momento de reflexão em que se pretende estabelecer o paralelismo dos resultados com a literatura, pelo que é considerada uma das fases mais importantes nos processos de investigação. Facto reforçado por FORTIN e colaboradores (2009 p. 477) que afirmam que *“a interpretação dos resultados é considerada uma das etapas mais difícil do relatório de investigação, pois implica uma reflexão intensa e análise profunda de todo o processo de investigação”*. Neste âmbito, iremos analisar os factos mais relevantes e significativos dos resultados obtidos, nas questões em investigação.

Iniciaremos por estabelecer o perfil do enfermeiro gestor da área clínica hospitalar predominantemente como: a maioria é do sexo feminino, com idades compreendidas entre 51 e 60 anos, com tempo de formação de 26 a 30 anos e experiência na área da gestão de 6 a 10 anos, com formação pós graduada na área da administração e gestão. Estes dados concorrem com o perfil estabelecido na revisão da literatura efetuada por SILVINO e outros (2011) ao identificarem como perfil do enfermeiro gestor da área clínica hospitalar profissionais de enfermagem são do sexo feminino, faixa etária entre os 44 e 48 anos, com 21 a 25 anos de experiência profissional na enfermagem e formação pós graduada *lato sensu e stricto sensu*, na área de liderança.

Na vertente do ACES, o perfil do enfermeiro gestor contraria a literatura na área, na qual é estabelecida ligação a uma população predominantemente feminina na área da gestão em enfermagem, concorrendo com os aspetos históricos da profissão, da representatividade da profissão maioritariamente feminina (CAMELO, et al., 2016). Isto porque o perfil identificado para a vertente comunitária, é de elementos maioritariamente masculinos, com idades compreendidas entre os 41 e 50 anos, com experiência profissional na área da enfermagem de 21 a 30 anos e na área da gestão de 6 a 10 anos, com formação pós-graduada na área da administração e gestão e especialidade em enfermagem na área da saúde comunitária.

Por outro lado, na nossa amostra será de destacar que os enfermeiros gestores na área comunitária são mais jovens, pois as referências existentes na literatura apontam para idades compreendidas entre os 44 e 48 anos (SILVINO, et al., 2011), médias de 49,8 anos (LELLI, et al., 2012) e 46 anos (CAMELO, et al., 2016). Esta constatação contraria a

bibliografia, que indica que mais tempo de assistência confere maturidade profissional, aperfeiçoamento de competências e visão crítica ampliada, pois, tal como explorado na revisão bibliográfica, a ULS mantém um desempenho a nível nacional de excelência.

Outra característica destacada no perfil do enfermeiro gestor de ambas as áreas é a colaboração como estratégia mais frequentemente utilizada na gestão de conflitos. Tais resultados vão de encontro à bibliografia que valoriza uma liderança participativa, que fomenta o diálogo, a negociação, na qual todos os interesses dos envolvidos são tidos em consideração, visando alcançar um acordo aceitável. Neste tipo de liderança, a responsabilidade é partilhada e o gestor usa o poder de um modo equilibrado, pelo recurso à participação como instrumento de cooperação e solução de conflitos, estratégias de gestão e relacionamento interpessoal que poderão ser adquiridas por treino pós-graduado (AMESTROY, et al., 2016) (VENDEMIATTI, et al., 2010) (AMESTROY, et al., 2014)

RIBEIRO e outros (2017) concluem que não existem certos ou errados na gestão de conflitos, existem sim várias estratégias que têm que ser usadas em função do tipo de conflito, contexto e pessoas envolvidas. FERREIRA e colaboradores (2015) sugerem, no seu estudo, a mudança no estilo de gestão para um modelo mais adequado às práticas de gestão atuais, tendo em conta toda a mudança de paradigma na saúde e na gestão de organizações de saúde, ou seja, liderança transformacional, como elencado na revisão bibliográfica.

Quando relacionamos **as áreas de competências desenvolvidas pelos enfermeiros gestores, face ao exercício do seu trabalho em ambiente hospitalar ou comunitário**, não foram encontradas evidências significativas nas duas áreas. Porém, na investigação, aferimos que os enfermeiros gestores da área hospitalar praticam sempre e com maior representatividade: atividades do domínio profissional, ético e legal; gestão de cuidados; gestão de recursos humanos e desenvolvimento profissional e, às vezes, atividades no âmbito da intervenção política e assessoria.

Os nossos resultados levam-nos a refutar as conclusões do estudo realizado por FERNANDES (2000) que relata que a maioria das atividades exercidas pelos enfermeiros gestores num hospital-escola era centrada na gestão burocrática (43,4%). Fator igualmente destacado por TREVIZAN e colaboradores (2011 p. 164) que, na sua revisão bibliográfica, referem que a prática do enfermeiro gestor da área hospitalar “continua vinculada à gestão convencional e burocrática, priorizando conteúdos favoráveis às metas organizacionais em detrimento das metas profissionais que emanam da enfermagem”. Esta visão é igualmente

destacada por LORENZETTI e outros (2014) que salientam o facto de o setor da saúde e o da enfermagem, no contexto hospitalar, estarem fortemente ligados à conceção tradicional da gestão, o que direciona o trabalho da enfermagem na área da gestão para um trabalho principalmente administrativo, pela forte influência exercida pelos outros grupos profissionais e pela administração da organização hospitalar.

Na área dos cuidados de saúde primários, com a reformulação e criação de novas unidades, em Portugal, o papel do enfermeiro gestor é esquecido ou mesmo suprimido. NEVES (2012), na sua revisão integrativa da literatura, destaca diversos estudos que aludem à importância do enfermeiro gestor no seio da equipa multiprofissional nos cuidados de saúde primários, como elemento facilitador e potenciador do trabalho de equipa, e também como elemento com competência de participação, planeamento e tomada de decisão. Todavia, na sua investigação, conclui que os factos indicam que o papel do enfermeiro gestor não é reconhecido no seio de outros grupos profissionais, mas para os clientes, este profissional surge, no seio da equipa multidisciplinar, como o elemento facilitador no acesso aos cuidados de saúde.

PERES e outros (2013 pp. 157 - 158) reforçam, na sua revisão integrativa da literatura, que o enfermeiro gestor, nos cuidados de saúde primários, deverá assumir um maior papel de “assessoria e planeamento nos diversos níveis, (...) como também no planeamento interdisciplinar e intersectorial e de políticas”, por ser o profissional que reúne conhecimento da comunidade e das necessidades dos clientes. Uma vez que é referenciado como o profissional de saúde com mais competências e “(...) elo que integra e permite (...) que o processo se desenvolva para o atendimento das necessidades da população”. Os autores mencionam o maior investimento por parte destes profissionais em assuntos administrativos da assistência, associado a uma visão tecnicista, e à necessidade de desenvolvimento de competência da dimensão ética e política.

Num estudo realizado em Portugal, na área da gestão em enfermagem nas USFs, BASTOS (2014) recolheu opiniões dos enfermeiros sobre o papel do enfermeiro gestor nestas unidades. As principais conclusões são: a descentralização da gestão, em que cada elemento é envolvido pela delegação de competências; a ausência da figura do enfermeiro chefe, papel muitas vezes assumido pelo enfermeiro dos conselhos técnicos por assumir algumas funções anteriormente adstritas aos enfermeiros gestores e por último, as desigualdades referenciadas ao papel e poder do enfermeiro gestor.

Apesar de legalmente as USFs não contemplarem o papel do enfermeiro gestor, a organização em estudo, internamente, nomeou enfermeiros gestores no seio das USFs, pela importância dos valores e competência dos elementos envolvidos e de todos os benefícios já elencados na revisão bibliográfica.

Assim, pelos dados apresentados, constatamos que os enfermeiros gestores da comunidade desenvolvem frequentemente atividades do domínio da intervenção profissional, ética e legal, gestão de cuidados, gestão de recursos humanos e intervenção política e assessoria, não se limitando a intervenções burocráticas e à dimensão técnica da profissão. Esta perspetiva vai ao encontro do advogado por NEVES (2012) e OKAGAWA e colaboradores (2013), que defendem que no seio da equipa multidisciplinar os gestores de enfermagem devem alargar o seu campo de intervenção, nas áreas de advocacia, promoção de ambientes seguros, participação na definição de políticas de saúde e gestão de organizações, uma vez que será o profissional com visão integral e mais abrangente da comunidade e cliente.

Nesta visão integral e abrangente da comunidade, cliente e organização, o facto do enfermeiro gestor possuir **experiência profissional na área da gestão influencia o desenvolvimento das competências**, pois o fundamental é conseguir demarcar questões éticas, políticas, económicas e sociais, agilizando todos os processos do serviço e da equipa, o que só é potencializado pela experiência prévia na área da gestão (MOTTA, et al., 2009). SILVA e colaboradores (2017) argumentam que mais tempo de assistência hospitalar e de gestão em enfermagem concedem agilidade, visão crítica, estratégica e ampliada para uma gestão orientada para o compromisso organizacional.

Facto reforçado por YAMAUCHI (2009 pp. 4-5) que alude à experiência profissional e prática assistencial e de gestão do enfermeiro gestor como elementos facilitadores nos cargos assumidos na organização de saúde, “pelo potencial individual de liderança e experiência acumulada, em nível operacional, tático ou estratégico (...) mas principalmente, enfermeiros preocupados em gerir a qualidade do cuidado direto prestado ao paciente, com segurança e efetividade.”

Na investigação, aferimos a existência de diferenças significativas na gestão de recursos humanos, em enfermeiros gestores com experiência prévia na área da gestão, confirmando o que COSTA e outros (2016) realçam sobre a capacidade destes profissionais em gerir, desenvolver e capacitar os recursos humanos, com o fim de assegurar as exigências e expectativas da comunidade.

Assim, reforçamos os conceitos explanados na revisão bibliográfica de que os profissionais de uma organização são a imagem desta, e como tal, têm que ser reconhecidos, valorizados como elementos dinamizadores, empreendedores e criativos, pelo que, quanto maior for o investimento nos colaboradores, maior será a eficácia da organização. O capital humano, quando gerido eficazmente, acresce vantagens competitivas à organização (MATEUS, et al., 2017). Em toda esta dinâmica organizacional, o enfermeiro gestor assume um papel de relevância nos processos de seleção, capacitação/desenvolvimento, retenção e distribuição dos profissionais, como também nas práticas de gestão desses mesmos recursos, que a diferenciarão das restantes organizações (CARVALHO, et al., 2017).

Considerando a formação, não se verificam diferenças estatisticamente significativas no facto de a **formação prévia na área da gestão influenciar o desenvolvimento de competências dos enfermeiros gestores**. No entanto, corroboramos a opinião de CANASTRA e colaboradores (2012 p. 79) que afirmam que “cada um, dependendo do lugar que ocupa, pode orientar a sua intervenção para promover nos outros um agir refletido, centrado na pessoa”. Ou seja, ser gestor e líder, na atualidade, é um desafio que requer um treino contínuo na determinação das melhores estratégias para fortalecer a gestão e a governação.

Sendo de reforçar que na revisão integrativa da literatura efetuada a competência de autodesenvolvimentos e formação surge em quinto lugar, fato corroborado por vários autores, CAMELO e outros (2016), COSTA e colaboradores (2016) HOSIS e associados (2012), LIANG e outros (2013), SILVA e colaboradores (2017), SOARES e associados (2016) e SOTO-FUENTES e outros (2014), que defendem a necessidade de planos de estudo e formação que promova e potencialize a competências dos enfermeiros gestores.

CANASTRA e outros (2012) propõem a utilização de um plano de desenvolvimento individual, no processo de gestão, como instrumento de avaliação das necessidades de aprendizagem, em que cada enfermeiro gestor será responsável pelo seu autodesenvolvimento. Contudo, referem que esse desenvolvimento poderá não ser encontrado no programa de educação formal, pois a função desse plano de desenvolvimento individual é determinar objetivos claros, metas e expectativas para o desenvolvimento pessoal e profissional, que poderão ser muito particulares. O plano de desenvolvimento individual poderá ser realizado a longo prazo, ou a curto prazo, porém deverá ser flexível, de forma a adaptar-se às circunstâncias que se alteram (CANASTRA, et al., 2012).

OKAGAWA e colaboradores (2013) citam vários estudos na sua revisão bibliográfica, em que os enfermeiros gestores reconhecem a importância da formação contínua, que vise a aquisição de conhecimento estruturado, reforçando igualmente o autodesenvolvimento como recurso para o desempenho com qualidade e excelência, pelo que a procura individual deverá ser estimulada.

No processo de gestão, muitos autores destacam como competência do enfermeiro gestor a autoformação, a busca do conhecimento e aperfeiçoamento de práticas. SILVINO e outros (2011) reforçam mesmo a perspetiva de que os conhecimentos e habilidades na gestão permitem o aprimoramento pessoal e profissional, o que permite uma maior facilidade de análise e constatação das necessidades da equipa e do cliente, na busca da qualidade assistencial. Nesta perspetiva, cursos de pós-graduação permitem que os profissionais se tornem cada vez mais eficientes, eficazes e efetivos no processo de gestão e qualidade assistencial. Assim, o investimento e revisão dos processos de formação em gestão dos cuidados de enfermagem conduz a mudanças significativas no desempenho do gestor e consequentemente ganhos com o tipo de liderança (SILVA, et al., 2017).

Em suma, acreditamos que a busca contínua de conhecimento e desenvolvimento de competências de gestão e liderança por parte do enfermeiro gestor lhe permite, enquanto profissional, desenvolver o seu próprio estilo de gestão, que em fusão com as suas crenças, atitudes, ética e carácter, lhe permite ser um líder único, com uma cultura de abertura à participação colaborativa e valorização do potencial de cada elemento da equipa, na construção de um bem comum.

Nas funções de gestor, o enfermeiro terá que avaliar múltiplas variáveis de modo a gerir eficazmente a equipa, o serviço, a organização, para conseguir responder às necessidades e expectativas do governo, mantendo valores éticos e profissionais (MOTTA, et al., 2009). Contudo, nesta dicotomia enfermeiro gestor da área clínica hospitalar e comunidade, concordamos com NEVES (2012) que defende que o clima de trabalho na comunidade é percebido como menos hierárquico que o do meio hospitalar, pelo que é permitida à gestão e equipas uma maior autonomia e oportunidades de iniciativas para a qualidade assistencial, o que poderá permitir maiores níveis de desempenho e identidade comunitária.

Porém, caberá ao enfermeiro gestor a missão de clarificar o seu papel na organização a outros grupos profissionais, clientes e comunidade, por via da competência que potencializa o seu desempenho profissional, quer pelas capacidades individuais, quer

coletivas, garantindo a agregação de valor económico às organizações, valor social aos clientes e comunidade, dando resposta às transformações da sociedade (OKAGAWA, et al., 2013).

6 - CONCLUSÃO

Na sociedade atual assistimos a uma constante adaptação e flexibilização das empresas com o fim de assegurar a sua sobrevivência num mundo competitivo, pelo recurso a qualidade e melhoria do desempenho, respondendo assim, aos desafios e ameaças que lhe são impostas.

Quando transposto para a área da saúde, as mudanças impostas visam a imprescindível melhoria de qualidade, acesso e visão tática e operacional centrada no cliente, ou seja, mudança da cultura organizacional. Neste processo de mudança o enfermeiro gestor detém um papel primordial, pois será o elemento facilitador e orientador da mudança. Na revisão bibliográfica ficou bem consolidado que só com uma gestão participativa, envolvente e motivadora a implementação de novos processos e política representará efetividade e vantagens para a organização.

No processo de gestão em enfermagem, pela natureza do que se gere, obriga a que o enfermeiro gestor tenha competências assentes em bases sólidas de gestão, que lhe permitam ter firmeza, orientação estratégica, princípios ético-legais, mas também um suporte sustentado do conhecimento da enfermagem. Querer excelência é antes de mais conseguir liderar criticamente os recursos humanos, materiais e financeiros, influenciando e mobilizando todos os envolvidos, desde o poder político ao colaborador para a qualidade assistencial, pelo recurso a uma comunicação efetiva.

Da revisão integrativa da literatura foram aferidas competências do enfermeiro gestor que potencializam a qualidade assistencial dos serviços e instituições. A mais destacada foi a liderança, que implica a capacidade de mobilizar e influenciar pessoas no rumo da eficiência, pelo recurso a uma gestão participativa e cooperante. Um dos grandes desafios do enfermeiro gestor é a gestão de recursos humanos e conflitos no seio da equipa, devendo deter a capacidade de negociação, análise e solução de problemas. Uma das estratégias mais destacada na gestão de conflitos no estudo foi a colaboração, por implicar a preocupação com a cooperação entre as partes, ou seja, abertura, troca de informação e análise das diferenças para alcançar uma solução aceitável para as partes, independentemente do contexto.

Será um grande desafio na atualidade, tendo em conta as restrições económicas, a gestão empreendedora, com a finalidade de desenvolver um trabalho orientado para os resultados e comprometimento organizacional do próprio e da equipa. A necessidade de responder as expectativas e metas da organização, dos clientes / comunidade, assegurando a segurança e satisfação dos profissionais implica que o enfermeiro gestor possua conhecimentos diferenciados e competências de gestão diferenciadas. Pelo que na revisão bibliográfica vários autores referem a necessidade de aprendizagem continua, autoconhecimento e desenvolvimento do profissional do enfermeiro gestor, para que consequentemente possa promover e partilhar conhecimento, estratégias e prática baseada na evidência, assegurando a qualidade assistencial e de excelência, pelo empoderamento da equipa / organização.

No processo de gestão e mobilização de equipas e cuidados assistenciais a capacidade de organizar e planear é um fator determinante, pois tal implica a habilidade de projetar, priorizar e orientar planos, programas e atividades concorrendo para as metas definidas. Esta competência envolve ter capacidade de estabelecer uma comunicação efetiva, clara e objetiva, ou seja, saber ouvir, empatia e promover o trabalho de equipa.

No papel de enfermeiro gestor, este profissional é impelido diariamente para a tomada de decisão, desde as mais simples as mais complexas, o que determina a capacidade de realizar escolhas assertivas, pela análise das alternativas, viabilidade e riscos provenientes da tomada de decisão. A tomada de decisão será uma atitude fundamental na gestão de pessoas, gestão de processos e organizações. Todavia, todo este processo exige flexibilização, permitindo a habilidade de adaptação as novas necessidade e solicitações, desenvolvendo a capacidade de resiliência do próprio, da equipa e da organização. Conseguindo, assim influenciar a política da organização e do país, pela sua participação como elemento ativo, mentor e impulsionador.

Algo a reter é que não existem um único caminho para determinar quais os traços, competências, características e comportamentos para uma gestão eficiente, eficaz e efetiva, pela complexidade da área de atuação e pluralidade de intervenientes. Porém, o que é imprescindível é que o enfermeiro gestor assuma-se como um verdadeiro líder, que pratique reflexão sobre as práticas, mas também de si, para um autoconhecimento. Fato reforçado pelo estudo em que observamos que os enfermeiros gestores independentemente da área de exercício profissional valorizam as dimensões do domínio desenvolvimento profissional como sempre. Em que a nível hospitalar promovem

atividades para de formação formal e informal da equipa e estimula os enfermeiros à autoformação e a nível comunitário desenvolvem atividades para promover a enfermagem baseada na evidência.

O enfermeiro gestor terá que ser um visionário e envolver-se em todos os processos de gestão e mudança, pela determinação das metas e objetivos claros, permitindo motivar a equipa no sentido de criar no outro uma pulsão de querer fazer, concretizando assim os processos de mudança, indo de encontro ao que verificamos no estudo uma valorização do domínio da intervenção política e assessoria.

A gestão dos diferentes contextos assistenciais e recursos humanos foram analisados no presente estudo sob a ótica da enfermagem. Tal deve-se ao fato de o enfermeiro ser considerado o elemento no seio das organizações de saúde com competências profissionais e relação privilegiada com o cliente e comunidade, por ser o elemento abalizado como facilitador, quer seja pelo tempo de contacto com o cliente, quer seja pelo conhecimento do meio e seus recursos.

Quando diferenciamos os contextos assistenciais, o enfermeiro gestor na área hospitalar é reconhecido como o profissional com papel determinante na articulação da equipa multiprofissional, na organização e estabelecimento de processos de trabalho, indo de encontro as necessidades e expectativas do cliente, da organização e sociedade.

Por outro lado, no âmbito comunitário o papel do enfermeiro gestor aparece diluído no seio da equipa multidisciplinar e muitas das vezes pouco explícito, fator acrescido pela legislação e constituição de novas unidades funcionais nos cuidados de saúde primários, que não determina a existência deste elemento no seio das equipas. Porém, cada vez mais será determinante potencializar o papel deste profissional na responsabilização, liderança e coordenação de cuidados de proximidade, continuados, integradores e longitudinais, pelas características do seu trabalho próximo do cliente, famílias e comunidade.

Acreditamos que o presente estudo concorre na clarificação do perfil enfermeiro gestor face a área de atuação e representa um momento de reflexão e delimitação de competências por áreas de desempenho. Podendo ser um motor para a afirmação do papel do enfermeiro gestor no atual contexto e impulsionador de um momento de viragem. Certos que outros estudos serão necessários para compreensão e maior visibilidade do papel do enfermeiro gestor. Recomenda-se, assim, a elaboração de uma análise em unidades de cuidados de saúde primários de uma ARS e um hospital da área geográfica, ou

seja, em instituições com natureza jurídica diferente de uma Unidade Local de Saúde, com o fim de aferir as questões em reflexão no presente estudo.

No presente processo de investigação estamos cientes de que a generalização dos resultados é um entrave, por se tratar de um estudo de caso, no entanto, parece-nos plausível que, outras instituições e profissionais se encontrem em posições semelhantes. Pelo que a sua realização e apresentação a comunidade científica e comunidade parece-nos relevante.

Identificamos algumas fragilidades no estudo, como seja o tamanho da amostra não ser a total da população, pelo tipo de estudo realizado. No entanto, terminada a investigação, emergem sentimentos de dever cumprido e de ter espicaçado mentes inquietas e sedentas de conhecimento, quer pela leitura do relatório, quer pela participação no estudo. Acreditamos piamente que uma mente inquieta, não se permitirá ficar muito tempo no ponto de partida.

BIBLIOGRAFIA

ACSS - ADIMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. Hospital: definição e classificação. *Portal da Codificação Clínica e dos GDH*. [Online] 28 de janeiro de 2010. [Citação: 20 de dezembro de 2017.] http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital:_defini%C3%A7%C3%A3o_e_classifica%C3%A7%C3%A3o.

AFONSO, Ana Filipa Batista. *A prática de flutuação em enfermagem na Gestão de recursos humanos: condição facilitadoras*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa : s.n., 2015. Tese de Mestrado em Gestão em Enfermagem.

ALMEIDA, Diogo, SANTOS, Marco Aurélio Reis e COSTA, António Fernando Branco. Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário de avaliação de desempenho da saúde pública. *XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção*. 12 15 de Outubro de 2010.

ALMEIDA, Sofia. *Estatística aplicada à investigação em ciências da saúde - Um guia com o SPSS*. Loures : Lusodidacta, 2017. ISBN: 978-989-8075-77-2.

ALVES, Vera Lucia de Souza. Competências essenciais à liderança na enfermagem quanto ao enfoque da gestão de pessoas. [autor do livro] William MALAGUTTI. *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro : Editora Rubio, 2009.

AMESTOY, SC, et al. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. *Revista Gaucha*. 35, 2014, Vol. 2, pp. 79-85.

AMESTROY, Simone Coelho, et al. Percepção de enfermeiros-líderes sobre o gerenciamento de conflitos no ambiente hospitalar. *Revista da Enfermagem UFSM*. 6, 2016, Vol. 2, pp. 259-269.

ANJOS, Joana Neto. *Regulação no setor da Saúde: análise de direito comparado Portugal, Reino Unido, França e Espanha*. Centro de Estudos de direito público e regulação, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra : CEDIPRE - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2015.

ASUMENG, Maxwell. Managerial Competency Models: A Critical Review and Proposed Holistic-Domain Model. *Macrothink Instituto Journal of Management Research*. 1 de Outubro de 2014, Vol. 6. doi:10.5296/jmr.v6i4.5596.

BALSANELLI, Alexandre Pazetto e CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Ambiente de trabalho e a liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 48, 2014, Vol. 5.

BASTOS, Aurora. *Novo modelo de gestão nas unidades de saúde familiar: a perceção dos enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto : s.n., 2014. Mestrado de cursos em direção e chefia dos serviços .

BOCATTO, Soraya Blumer Gonçalves. Como gerenciar um grupo em conflito. [autor do livro] William e CAETANO, Karen Cardoso MALAGUTTI. *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro : Rubio, 2009.

CAMELO, Silvia Helena Henriques, et al. Enfermeiros gerentes de um hospital de ensino: formação profissional, responsabilidades e desafios. *Revista enfermagem UERJ*. 3, 2016, Vol. 24, pp. 1 - 6. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.11637>.

CANASTRA, Albertina e FERREIRA, Amélia. Liderar com competência...ou (treinar) competências de liderança. *Revista de enfermagem da UFPI*. 1, Janeiro- Abril de 2012, Vol. 1, pp. 77-81.

CARMO, Hermano e FERREIRA, Manuela Malheiro. *Metodologia da investigação Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa : Universidade Aberta, 1998. ISBN: 978-972-674-231-9.

CARRAGHER, Jean e GORMLEY, Kevin. Leadership and emotional intelligence in nursing and midwifery education and practice: a discussuion paper. *Journal of Advanced Nursing*. Janeiro de 2017, Vol. 73, pp. 85-96.

CARVALHO, Abel e RUA, Orlando Lima. *Gestão de Recursos Humanos - Abordagem das boas práticas*. s.l. : Editora: Vida Económica, 2017. ISBN: 978-989-768-379-4.

CARVALHO, Ana Branca Soeiro e SANTOS, Paula Marques. Administração e qualidade ou qualidade na administração. *Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu*. [Online] 4 de Maio de 2011. [Citação: 12 de Novembro de 2017.] <http://hdl.handle.net/10400.19/980>. ISBN: 978-989-97258-0-5.

CONDE, Jorge. Prefácio. [autor do livro] Margarida POCINHO. *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. 1ª Edição. Lisbos : Lidel, 2012.

CORTES, Maria. Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*. Janeiro de 2016, Vol. 80, pp. 117-143. <http://dx.doi.org/10.7458/SPP2015807850> .

COSTA, Carlos, et al. Competências gerenciais importantes em uma organização hospitalar. *RAIMED - Revista de Administração IMED*. 1, Janeiro - junho de 2016, Vol. 6, pp. 45 - 55. DOI: 10.18256/2237-7956/raimed.v6n1p45-55.

COSTA, João de Oliveira, et al. Gestão de conflitos: estratégias adotadas em unidade básica de saúde. *Revista de administração em saúde*. 15, Outubro - dezembro de 2013, Vol. 61.

COUTINHO, Clara Pereira. *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. 2ª Edição. Coimbra : Edições Almedina, 2016. ISBN: 978-972-40-5137-6.

Decreto-Lei n.º 100/2006. Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 6 de junho de 2006. [Citação: 20 de dezembro de 2017.] <https://dre.pt/application/file/a/354005>.

Decreto-Lei n.º 11/1993. Decreto-Lei n.º 11/93, Série I-A de 15 de janeiro. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 15 de janeiro de 1993. [Citação: 16 de dezembro de 2017.] <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/11/1993/01/15/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei n.º 185/2002 . Diário da República n.º 191/2002, Série I-A de 2002-08-20. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 20 de agosto de 2002. [Citação: 17 de dezembro de 2017.] <https://dre.pt/application/file/a/171653>.

Decreto-lei n.º 534/1976. Diário da República Eletrónico. *Diário da República n.º 158/1976, Série I de 1976-07-08*. [Online] 8 de Julho de 1976. [Citação: 10 de 07 de 2018.] <https://dre.tretas.org/dre/6009/decreto-534-76-de-8-de-julho>.

Decreto-lei nº 101/2006. Decreto-Lei n.o 101/2006, de 6 junho. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 6 de junho de 2006. [Citação: 20 de dezembro de 2017.]

Decreto-lei nº 11/1993. Diário da República n.º 12/1993, Série I-A de 15 de janeiro. *Diário República Eletrónico*. [Online] 15 de janeiro de 1993. [Citação: 16 de Dezembro de 2017.] <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/11/1993/01/15/p/dre/pt/html>.

Decreto-lei nº 156/1999. Diário da República n.º 108/1999, Série I-A de 1999-05-10. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 10 de maio de 1999. [Citação: 17 de dezembro de 2017.] <https://dre.pt/application/file/a/331150>.

Decreto-lei nº 18/2017. Diário da República n.º 30/2017, Série I de 2017-02-10. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 10 de fevereiro de 2017. [Citação: 17 de dezembro de 2017.] <https://dre.pt/application/file/a/106431320>.

Decreto-lei nº 207/1999. Diário da República n.º 133/1999, Série I-A de 1999-06-09. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 6 de junho de 1999. [Citação: 17 de dezembro de 2017.] <https://dre.pt/application/file/a/310886>.

Decreto-lei nº 248/2009. Decreto-Lei nº 248/2009, de 22 de setembro, Lei de Bases da Saúde. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 22 de setembro de 2009. [Citação: 16 de dezembro de 2017.] <https://dre.pt/application/file/a/490351>.

Decreto-lei nº 27/2002. Diário da República n.º 258/2002, Série I-A de 2002-11-08. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 8 de novembro de 2002. [Citação: 17 de dezembro de 2017.] <https://dre.pt/application/file/a/425435>.

Decreto-lei nº 38/2008. Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22. *Diário República Eletrónico*. [Online] 22 de fevereiro de 2008. [Citação: dezembro de 17 de 2017.] <https://dre.pt/application/file/a/247597>.

Decreto-lei nº 413/1971. Decreto-lei nº 413/71 de 27 de setembro. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 27 de setembro de 1971. [Citação: 16 de dezembro de 2017.] www.dre.pt. www.dre.pt.

Decreto-lei nº 437/1991. Diário da República Eletrónico. *Diário da República n.º 257/1991, Série I-A de 1991-11-08*. [Online] 8 de Novembro de 1991. [Citação: 8 de Julho de 2018.] <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/437/1991/11/08/p/dre/pt/html>.

Decreto-lei nº 60/2003. Decreto-Lei n.º 60/2003, Série I-A de 1 de abril. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 1 de abril de 2003. [Citação: 16 de dezembro de 2017.] <https://dre.pt/application/file/a/232406>.

Decreto-lei nº 88/2005. Decreto-Lei n.º 88/2005, Série I-A de 3 de julho. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 3 de julho de 2005. [Citação: 16 de dezembro de 2017.] <https://dre.pt/application/file/a/220216>.

Decreto-lei nº178/1985 .Diário da República Eletrónico. *Diário da República n.º 118/1985, Série I de 1985-05-23*. [Online] 23 de Maio de 1985. [Citação: 10 de Julho de 2018.] <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/151547/details/normal?q=n%C2%BA178%2F85+de+23+de+maio+>.

Decreto-lei nº305/1981. Diário da República Eletrónico. *Diário da República n.º 261/1981, Série I de 1981-11-12*. [Online] 12 de Novembro de 1981. [Citação: 10 de Julho de 2018.] <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/568308/details/maximized?filterEnd=1981->

11-30&filterStart=1981-11-

01&q=N%C2%BA%20305%2F81%2C%20de+12+de+novembro&perPage=25&fq=N%C2%BA%20305%2F81%2C%20de+12+de+novembro.

Decreto-lei nº318/2009. Diário da República n.º 212/2009, Série I de 2009-11-02. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 2 de novembro de 2009. [Citação: 17 de dezembro de 2017.] <https://dre.pt/application/file/a/483318>.

DELOITTE, Consultores S.A. 2011. *Saúde em análise uma visão para o futuro*. s.l. : DELOITTE CONSULTORES S.A., 2011.

Despacho normativo n.º 97/1983. Diário da República n.º 93/1983, Série I de 22 de abril. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 22 de abril de 1983. [Citação: 16 de dezembro de 2017.] <https://dre.pt>.

Despacho normativo nº 10/2007. Diário da República n.º 161/2007, Série I de 2007-08-22. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 22 de agosto de 2007. [Citação: 17 de dezembro de 2017.] <https://dre.pt/application/file/a/640570>.

Despacho normativo nº9/2006. Diário da República n.º 34/2006, Série I-B de 2006-02-16. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 16 de fevereiro de 2006. [Citação: 17 de dezembro de 2017.] <https://dre.pt/application/file/a/683759>.

DIMAS, Isabel Dórdio e LOURENÇO, Paulo Renato. Conflitos e gestão de conflitos em contexto grupal. [autor do livro] Duarte GOMES. *Psicologia das organizações do trabalho e dos recursos humanos*. Coimbra : Imprensa da universidade de Coimbra, 2011, pp. 203 - 235.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. *Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS*. Porto : s.n., 2009.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. *Estudo sobre desempenho das unidades locais de saúde*. Porto : s.n., 2015.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. SINAS@hospitais. *SINAS*. [Online] 2018. [Citação: 15 de janeiro de 2018.] <https://www.ers.pt/pages/198>.

FARIAS, Diego Carlos e ARAUJO, Fernando Oliveira de. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22, 2017, Vol. 6, pp. 1895-1904. DOI: 10.1590/1413-81232017226.26432016.

FERNANDES, Cristina Isabel G. S. Gestão da rede nacional de cuidados continuados integrados - evolução ou inovação? *Processos de mudança em organizações de saúde*. Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013, Vol. 4, pp. 7-24.

FERNANDES, Marcia Simoni. *A função do enfermeiro nos anos 90: réplica de um estudo*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto : s.n., 2000.

FERREIRA, Carla Isabel. Gestão em enfermagem e a formação em serviço : tecnologias de informação e padrões de qualidade. *Repositório Comum*. [Online] 2015. [Citação: 20 de Setembro de 2017.] <http://hdl.handle.net/10400.26/9756>.

FERREIRA, Cláudia A. A. e NETO, Mário T. R. Gestão de conflitos nas organizações: um olhar para a saúde. *Revista eletrônica Gestão & Saúde*. 6, 2015, Vol. 3, pp. 2799-2818.

FORTIN, Marie-Fabienne, FILION, Françoise e CÔTÉ, José. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. s.l. : Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FREITAS, Pablo Fernando Pessoa de e ODELIUS, Catarina Cecília. Competências gerenciais: uma análise de classificações em estudos empíricos. *Cadernos EBAPE.BR*. Março de 2018, Vol. 16, pp. 35 - 49.

FREIXO, Manuel João Vaz. *Metodologia Científica Fundamentos Métodos e Técnicas*. 3ª Edição. Lisboa : Instituto Piaget, 2011. ISBN: 978-989-659-077-2.

GOMES, E.L.R., et al. *Dimensão histórica da genese e incorporação do saber administrativo na enfermagem*. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez.1997, pp. 229-250.

HOSIS, K Al, PLUMMER, V e O'Connor, M. Nursing Management in Saudi Arabia: evaluating strategies for succession planning. *Asia Pacific Journal of Health Management*. 1, Junho de 2012, Vol. 7, pp. 19 - 27.

KURCGANT, Paulina, et al. *Gerenciamento em Enfermagem*. 2ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011. pp. 3 - 11. ISBN: 978-85-277-1644-4.

LANÇAS, Rui. *Como formar equipas de elevado desempenho*. Lisboa : Escolar Editora, 2012. ISBN: 978-972-592-338-2.

LELLI, Louise Bueno, et al. Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de competências em enfermagem em hospital de ensino. *Cogitare Enfermagem*. 2, Abril - Junho de 2012, Vol. 17, pp. 262 - 269. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i2.24932>.

LIANG, Zhanming, et al. Competency requirements for middle and senior managers in community health services. *Australian Journal of Primary Health*. 2013, Vol. 19, pp. 256–263. <http://dx.doi.org/10.1071/PY12041>.

LIMA, Maria José de. *O que é a enfermagem*. 3ª edição. s.l. : Brasiliense, 2010. Vol. Coleção primeiros passos 277. ISBN: 851101277x.

LORENZETTI, Jorge, et al. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 23, 2014, Vol. 4, pp. 1104-1112.

MALAGUTTI, William e CAETANO, Karen Cardoso. *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro : Rubio, 2009. ISBN: 978-85-7771-054-6.

MARGARIDO, Jorge Manuel Ferreira. As mudanças organizacionais na saúde. *Processos de mudança em organizações de saúde*. 2013, Vol. N. 4, pp. 25-34.

MARINHO-ARAÚJO, Claisy Maria e ALMEIDA, Leandro S. Abordagem de competências, desenvolvimento humano e educação superior. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2016, Vol. Vol. 32, pp. 1-10.

MARQUIS, Bessie L. e HUSTON, Carol J. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing Theory and Application*. 6th Edition. s.l. : Lippincott Williams & Wilkins, 2017. ISBN-13: 978-1496349798.

MATEUS, David e SERRA, Sérgio. *Gestão em saúde - Liderança e comportamento organizacional para enfermeiros gestores*. 1ª Edição. s.l. : Lusodidacta, 2017. pp. 46 - 61. ISBN:978-989-8075-72-7.

MATTHIENSE, Alexandre. *Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em Avaliações por Questionários*. 1ª Edição. Brasil : Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária Centro de Pesquisa Agroflorestal de Roraima, 2011. ISSN 1981 - 6103.

MOISOGLOU, Ioannis, et al. Conflict Management in a Greek Public Hospital: Collaboration or Avoidance? *International Journal of Caring Sciences*. Janeiro - Abril de 2014, Vol. 7, pp. 75 - 82.

MORAIS, Luís. *Comunicação em saúde e processo de mudança*. Lisboa : Escolar Editora, 2013. ISBN: 978-972-592-379-5.

MOREIRA, António André de Sousa. *Análise de Eficiência das Unidades Locais de Saúde: uma aplicação da Data Envelopment Analysis*. Faculdade de Economia, Universidade do Porto. Porto : s.n., 2016. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde.

MOTTA, Kátia Alexandrina Matos Barreto, MUNARI, Denize Bouttelet e COSTA, Fernanda Nunes da. Os Pontos Críticos das Atividades do Enfermeiro-Gestor no Hospital Público. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*. 1, 2009, Vol. 1, pp. 73-99.

NEVES, José Gonçalves das. Gestão de Recursos Humanos: Evolução do problema em termos dos conceitos e das práticas. [autor do livro] Jorge VALA e António CAETANO. *Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas*. Lisboa : RH Editores, 2000, pp. 3-30.

NEVES, Marília Maria Andrade Marques da Conceição e. O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários - Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, Dezembro de 2012, Vol. 8, pp. 125-134.

OKAGAWA, Fabiana Silva, BOHOMOL, Elena e CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Competências desenvolvidas em um curso de especialização em gestão em enfermagem à distância. *Ata Paulista de Enfermagem*. 26, 2013, Vol. 3, pp. 238-244.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] 12 de dezembro de 2014. [Citação: 26 de outubro de 2016.] http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_do_Profil_de_Competencias_do_Enfermeiro_Gestor.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento n.º 76/2018, 30 de janeiro de 2018. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 30 de Janeiro de 2018. [Citação: 10 de Fevereiro de 2018.] <https://dre.pt/pesquisa/-/search/114599547/details/normal?l=1>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento nº101/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República*. 10 de Março de 2015, Vol. 2º Série nº 48, pp. 5948-5952.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata.* URSS : s.n., 1978. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.

OUVERNEY, AM. e NORONHA, JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. [autor do livro] FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde.* Rio de Janeiro : SciELO Books, 2013, Vol. 3, pp. 143-182.

PACHECO, Marcela Soares. *Evolução da Gestão de Recursos Humanos: estudo de 21 empresas.* Faculdade de Económia, Administração e contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto : s.n., 2009.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Sousa e MANCIA, Joel Rolim. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisando a história. *Revista Brasileira de Enfermagem.* Novembro - Dezembro de 2005, Vol. 56, pp. 723 - 726.

PASTILHA, Carla. A enfermagem nos trilhos da liderança: a arte da possibilidade. [autor do livro] Pedro PARREIRA, et al. *Processo de mudança em organizações de saúde.* Coimbra : Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013.

PERES, Aida Maris, et al. Conceções dos enfermeiros sobre planeamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência.* III Série, Julho de 2013, Vol. 10.

POCINHO, Margarida. *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico.* Lisboa : Lidel, 2012. ISBN: 978-972-757-916-7.

POLIT, Denise F. e BECK, Cheryl Tatano. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem - Avaliação de evidências para a prática da enfermagem.* Porto Alegre : Editora Artmed, 2011. ISBN: 9788536326535.

POLIT, Denise F., BECK, Cheryl T. e HUNGLER, Bernadette P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem - Métodos, avaliação e utilização.* Porto Alegre : Artmed, 2004. ISBN: 85-7307-984-3.

POTTER, Patricia A., et al. *Fundamentos em Enfermagem.* 8ª edição. Rio de Janeiro : Elsevier Editora, 2013. ISBN: 978-85-352-6283-4.

RAHIM, M. Afzalur e MAGNER, Nace R. Confirmatory factor analysis of the styles of handling interpersonal conflict: first-order factor model and its invariance across groups. *Journal of Applied Psychology.* nº1, 1995, Vol. Vol. 80, pp. p. 122-132.

RAHIM, M. Afzalur. Toward a theory of managing organizational conflict. *International Journal of Conflict Management*. 3, 2002, Vol. 13, pp. 206-235.

Regulamento n.º 76/2018. Diário da República Eletrónico. *Regulamento n.º 76/2018*. [Online] 30 de janeiro de 2018. [Citação: 4 de fevereiro de 2018.] <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/114599547/details/maximized?filterEnd=2018-02-01&filterStart=2018-01-01&q=Regulamento+da+Compet%C3%A2ncia+Acrescida+Avan%C3%A7ada+em+Gest%C3%A3o&perPage=25&fq=Regulamento+da+Compet%C3%A2ncia+Acrescida+Avan%C3%A7ada>.

RIBEIRO, Amanada, Oliveira, Letícia e ANDRADE, Claudia. Os desafios da liderança na gestão de conflitos. *Revista de Administração do UNIFATEA*. 14, 2017, Vol. 14.

ROCHA, Mara do Carmo de Jesus, SOUSA, Paulino e MARTINS, Manuela. A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. *Investigação em Enfermagem*. 18, 2016, Vol. 2, pp. 89-105. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.aoed>.

RODRIGUES, Rosa Maria. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Novembro - Dezembro de 2001, Vol. 9, pp. 76-82.

SAKELLARIDES, Constantino, et al. *O futuro do sistema de saúde Português - Saúde 2015*. Observatório do QCA III. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, 2006.

SAMPAIO, Andreia Filipa Duarte. *O perfil de um gestor de uma unidade de saúde: Estudo de caso em Agrupamentos de Centros de Saúde*. Tomar : Instituto Politécnico de Tomar, 2014.

SANTOS, Carla Isabel Pires. Mudança organizacional: uma realidade desejada ou imposta. [autor do livro] Pedro PARREIRA, et al. [ed.] Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. *Processos de mudança em organizações de saúde*. Coimbra : s.n., 2013, Vol. 4.

SANTOS, Maria Cláudia dos e BERNARDES, Andrea. Comunicação da equipa de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31, Junho de 2010, Vol. 2, pp. 359-366.

SERRANO, Maria Manuela. *A Gestão de Recursos Humanos: Suporte teórico, evolução da função e modelos*. SOCIUS - Centro de Investigação em Sociologia Económica e das

Organizações, ISEG - Instituto Superior de Economia e Gestão. Lisboa : Universidade Técnica de Lisboa, 2010.

SILVA, Teresa, Veloso, Ana e SILVA, Isabel Soares. Idade, emprego e Gestão de Recursos Humanos: Um estudo em PME portuguesa. *Revista Psicologia, Organizações e Trabalho*. 4, Outubro - Dezembro de 2017, Vol. 17, pp. 218-225.

SILVA, VLS, et al. Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 51, 2017, Vol. 207, pp. 1 - 8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016024403206>.

SILVINO, Zenith Rosa, et al. A atuação do enfermeiro nas práticas de gerenciar em unidades hospitalares: uma revisão integrativa. *Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental Online*. 3, 2011, Vol. 3, pp. 2233-2243.

SIMAN, Andréia Guerra, MASSIMO, Erika Azevedo Leitão, BRITO, Maria José Menezes e HANG-COSTA, Talline Arêdes. Processos de acreditação hospitalar no Brasil e as competências gerenciais do enfermeiro. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 5, Dezembro de 2011, Vol. 10, pp. 2537-2544.

SIMÕES, Jorge. *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde. Da Ideologia ao Desempenho*. 2ª edição. Coimbra : Almedina, 2009.

SOARES, MI, et al. Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. *REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem*. 4, Julho - Agosto de 2016, Vol. 69, pp. 676-683. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690409i>.

SOTO-FUENTES, P., et al. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan - Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 1, Março de 2014, Vol. 14, pp. 79 - 99.

SOUSA, Paulino Artur Ferreira de. O sistema de saúde em Portugal: realidades e desafios. *Acta paul. enferm.* 2009, Vol. 22, pp. 884-894. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000700009>.

SPAGNOL, Carla A., et al. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 44, Setembro de 2010, Vol. 3, pp. 803 - 811.

STOREY, John. *Human Resources Management: A critical text*. 3rd edition. 2007. ISBN: 9781844806157.

TOMADA, Rosane Cristina Piedade, BARRETO, Maria de Fátima da Silva e CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Modelos de Gestão em Saúde: Novas Tendências, Responsabilidades e Desafios. *Convibra*. [Online] 2013. [Citação: 12 de Novembro de 2017.] http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/38/2013_38_7937.pdf.

TORRES, Ana Paula Montes e MONTE, Ana Paula. A articulação de cuidados de saúde primários e hospitais e o seu impacto a nível regional. *17º Congresso APDR, Congresso Internacional APDR/AECR*. 2011. <http://hdl.handle.net/10198/8901>.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora, et al. Ressocialização do enfermeiro gerente. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, 4 de Julho de 2011, Vol. 4.

VENDEMIATTI, Mariana, et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da lifrança. *Ciência & Saúde coletiva*. 15 sup, 2010, Vol. 1, pp. 1301 - 1314.

YAMAUCHI, Nancy Itomi. Qualidade gerencial do enfermeiro. [autor do livro] William MALAGUTTI e Karen Cardoso CAETANO. *Gestão do Serviço de Enfermagem no mundo globalizado: desafios para a qualidade do cuidado*. Rio de Janeiro : Editora Rubio, 2009, Cap. 4, pp. 41 - 54.

YIN, Robert K. *Estudo de caso planejamento e métodos*. 4ª Edição. Porto Alegre : Bookman, 2010. ISBN: 978-85-7780-655-3.

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de colheita de dados: questionário



QUESTIONÁRIO

As referências sobre o enfermeiro gestor têm origem em Florence Nightingale. A escola por si criada formou duas categorias distintas de enfermeiras, as ladies que respondiam pela administração, supervisão e controlo dos serviços e as nurses, que desenvolviam o trabalho sob a orientação das ladies (Ferreira, 2012). O Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor (Ordem dos Enfermeiros, 2014) motivou-nos a olhar a atividade dos gestores em enfermagem e a relevância das suas funções nos serviços de saúde.

O presente estudo tem por objetivos:

- Melhorar a visibilidade dos enfermeiros gestores face ao desenvolvimento de competências específicas de gestão.
- Contribuir para a compreensão do papel do enfermeiro gestor nas organizações e a sua contribuição na organização dos serviços.

Caso pretenda ter esclarecimentos pode enviar um email para:

carlafreita@gmail.com; mmartins@esenf.pt

É importante que responda a todas as questões, pois só assim, valida a sua colaboração. Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente e, por conseguinte, os resultados da pesquisa não irão identificar os inquiridos, garantindo assim o anonimato.

Ao prosseguir com o preenchimento do questionário está a concordar com a declaração seguinte:

Declaro que fui informado(a) dos objetivos do estudo, de forma clara e detalhada, que tive oportunidade para esclarecer as minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e interromper a minha participação, se assim o desejar.

Por aceitar participar passo a responder ao questionário

Este questionário vai ser submetido a leitura ótica. Por favor, preencha completamente os círculos com esferográfica azul ou preta.

Gratas pela colaboração!

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

Grupo I

Caracterização:

1 - Local de exercício profissional

área clínica hospitalar ☐

ACES ☐

2 - Departamento / Unidade

Medicina ☐

Mulher, da criança e do jovem ☐

Cirurgia ☐

Emergência e medicina intensiva ☐

Ambulatório ☐

MCDT ☐

Saúde Mental ☐

USCP ☐

USF ☐

USP ☐

UCC ☐

Outro: _____

3 - Género: Feminino ☐ Masculino ☐

4 - Idade: _____ (Anos completos em 31/12/2017)

5 - Anos de exercício profissional: _____ (Anos completos em 31/12/2017)

6 - Anos de exercício na área da gestão: _____ (Anos completos em 31/12/2017)

7 - Anos no atual serviço: _____ (Anos completos em 31/12/2017)

8 - Com Especialidade ☐ Sem Especialidade ☐

Área de especialidade: _____

9 - Outros graus académicos:

Pós-Graduação: _____

Mestrado: _____

Outros: _____

10 - A sua atividade na gestão é:

☐ Enfermeiro chefe / responsável de serviço / coordenador

☐ Enfermeiro que substitui o enfermeiro chefe / responsável de serviço / coordenador

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

Grupo II
ESCALA DE PERCEPÇÃO DO TRABALHO DO GESTOR EM ENFERMAGEM (EPTGE)
MARTINS,MM; GONÇALVES,MN

1 – Considere a sua atividade de enfermeiro gestor e assinale as suas opiniões:

Atividades de gestão

- 1- Nunca prática;
2- Prática poucas vezes;
3- Prática às vezes;
4- Prática sempre.

| 1.1- Prática Profissional, ética e legal | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Preocupa-se com os valores dos enfermeiros e dos doentes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Garante condições legais para os cuidados e exercício profissional. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 1.2 - Gestão de Cuidados | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Promove a tomada de decisão clínica. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acompanha a execução de cuidados de forma planeada. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Orienta cuidados de maior complexidade. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Contribui para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Garante ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 1.3 – Gestão de recursos humanos | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Promove reuniões com os enfermeiros. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Assiste à passagem de turno. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

| | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Avalia o desempenho dos enfermeiros. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Atua como formador na equipa multi e intra disciplinar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.4 – Intervenção Política e Assessoria | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Participa no planeamento estratégico do serviço. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Elabora relatórios de serviço. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.5 – Desenvolvimento Profissional | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Promove a enfermagem baseada na evidência. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Promove a formação formal e informal da equipa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Estimula os enfermeiros à autoformação. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

Grupo III



Gestão de conflitos: estratégias adotadas

COSTA, J.; SOUSA, M.; FEITOSA, A.; FEITOSA, M., ASSIS, E., CUSTÓDIO, P.

Considere o seu comportamento na gestão de conflitos, em que 1 é a estratégia menos frequente e 5 a estratégia mais frequentemente adotada na resolução dos conflitos.

| | - | | | | | + |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| Estratégias na gestão de conflitos de acordo com a frequência | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Você tenta evitar ser colocado "em má situação" e evita ir sempre a unidade para resolver os conflitos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Você tenta satisfazer as expectativas das partes envolvidas no conflito? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Você discute a sua opinião com os profissionais da sua unidade para mostrar os méritos da sua posição? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Você negocia com as partes envolvidas no conflito, de forma que se possa chegar a um acordo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Você procura saber a questão em discussão para encontrar uma solução aceitável para todos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Você evita as discussões abertas das diferenças entre as partes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Você procura conformar-se com os desejos das partes ou de uma das partes envolvidas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Você é firme na defesa de sua posição na questão? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Você adota o "toma-lá-dá-cá", de forma que se possa chegar a um acordo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Você troca informações precisas a respeito do caso para resolver um problema em conjunto? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Você tenta guardar as divergências que percebe e ainda não são explícitas para evitar ressentimentos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Você concorda com a solução proposta pelas partes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Você sustenta a solução que tem em relação ao problema e costuma não abrir mão dela? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Você propõe o meio-termo para solucionar os impasses? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Você tenta colocar todas as preocupações na mesa, de forma que as questões possam ser solucionadas da melhor forma? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

ANEXO II – Autorização do Conselho Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Informação sobre o Despacho do CTC relativo ao Pedido de Admissão à Dissertação de Carla Gertrudes Moreira de Andrade Pacheco de Freitas  

 **Secretariado CTC** <secretariado.ctc@esenf.pt>
para ep6788, mim, Manuela 

16/10/2017



Exmos (as) Senhores (as),

Relativamente ao assunto em epígrafe, damos conhecimento a V. Exas. do teor do despacho exarado sobre o mesmo, em reunião do Conselho Técnico-Científico de 9/10/2017:

"Apreciada a proposta de tema e o teor do plano de trabalho, tendo em conta a observação dos requisitos regulamentares e o parecer da Coordenadora do respetivo Curso de Mestrado, o CTC decidiu aceitar o pedido da admissão à dissertação. Fica registado o tema."

Com os meus melhores cumprimentos,

Otilia Barbosa
Secretariado do Conselho Técnico-Científico
E-mail: secretariado.ctc@esenf.pt



Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Email esep@esenf.pt
Telef +351 22 507 35 00 Ext. 190
Fax +351 22 509 63 37
<http://portal.esenf.pt>

ANEXO III – Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética da ULS

| | | |
|--|------------|---|
| UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO | INFORMAÇÃO | Nº 166/ 17 / RS Data: 2017/11/21 |
|--|------------|---|

Para: Conselho de Administração
De: Serviço de Gestão de Conhecimento

Assunto: Autorização de estudo

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

Estando reunidas as condições necessárias, vimos solicitar a V. Exas. autorização para realização de estudo observacional intitulado “*Gestão de Enfermagem na ULSM- Estudo de um caso*”, proponente *Carmen João Moreira de Andrade de Freitas, enfermeira da ULSM e Carla Gertrudes Freitas, enfermeira do ACES Tâmega. Este estudo realiza-se no âmbito do Mestrado do Curso de Chefia de Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.*

Com os melhores cumprimentos


Rui Silva

Serviço de Gestão e Informação Científica/ Biblioteca

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

| | | |
|--|------------|---|
| UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO | INFORMAÇÃO | Nº 166/ 17 / RS Data: 2017/11/21 |
|--|------------|---|

Para: Conselho de Administração
De: Serviço de Gestão de Conhecimento

Assunto: Autorização de estudo

DESPACHO / DELIBERAÇÃO

Autorizado
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO ULSM, EPE
De: VÍCTOR HERCOSO 22.11.2017
Presidente
Dr. BEATRIZ DUARTE
Paulo LUCAS DE OLIVEIRA GOMES
Diretor Clínico
Doutora MARGARIDA FILIPE
Margarida CARLOS ALVES
De: TEREZA FERNANDES
Enfermeira Supervisora
Vogal
Vogal

PARECER

A RCA
Com o meu acordo à autorização
do estudo
22/11/17
ULSM, EPE
MARGARIDA FILIPE
Enfermeira Diretora

ULSM 22/11/17 29035ENT

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

| | | |
|--|------------|--------------------------------------|
| UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO | INFORMAÇÃO | Nº 93/CE/JAS Data: 17-11-2017 |
|--|------------|--------------------------------------|

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento
De: Comissão de Ética

Assunto: Apreciação ao pedido de autorização para realização de estudo intitulado "Gestão de Enfermagem na ULSM - Estudo de um caso"

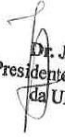
INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética analisou o pedido de autorização para realização de estudo intitulado "Gestão de Enfermagem na ULSM - Estudo de um caso", proponente Carmen João Moreira de Andrade de Freitas, enfermeira da ULSM e Carla Gertrudes Freitas, enfermeira do ACES Tâmega. Este estudo realiza-se no âmbito do Mestrado do Curso de Chefia de Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Decidido nada opor à realização deste estudo, não obstante, deverão as investigadoras obter autorização da autora da Escala incluída no questionário para recolha de dados.

Com os melhores cumprimentos


Dr. José Alberto Silva
Presidente da Comissão de Ética
da ULSM Matosinhos

Dr. José Alberto Silva
(Presidente da Comissão de Ética da U. L. S. – Matosinhos)

ANEXO IV – Autorização dos autores para autorização das escalas

DECLARAÇÃO

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, Doutorada em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto, declara, dar autorização para o uso da escala de perceção do trabalho do gestor em enfermagem (EPTGE) Martins, M.M; Gonçalves, M,N na especificidade de utilização do tempo.

Sendo que a sua utilização implica no final do trabalho ter dados sobre o comportamento da escala na população em que vai ser aplicada, bem com a sua referenciação nas publicações que venham ocorrer.

Porto, 21 de novembro de 2017



(Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins)

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

Pedido de informação artigo: Gestão de conflitos: estratégias adotadas em unidade básica de saúde

Entrada x



Carla Freitas <carlafreita@gmail.com>

14 de abr ☆ ✓



para ankilmir, Cco: Carmen ▾

Cara Dr.ª Ankilma Feitosa,

Sou Carla Freitas enfermeira e atualmente aluna do 2º ano do mestrado de gestão em enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de São João, no Porto, Portugal.

Venho por este meio contactá-la no sentido de obter algumas informações sobre um artigo publicado por vossa excelência intitulado "Gestão de conflitos: estratégias adotadas em unidade básica de saúde", em 2013 na revista de administração em saúde.

Antes de mais permita-me felicita-la pelo trabalho desenvolvido.

No trabalho desenvolvido no artigo em análise gostaria de saber se avaliaram a consistência interna, nomeadamente o alfa Cronbach, da escala adaptada, se sim qual o valor alcançado?

Permita-me a ousadia, de pedir autorização para utilizar a vossa escala na minha tese de mestrado, em que pretendo analisar as competências do enfermeiro gestor, a gestão do tempo e a gestão de conflitos.

Desde já agradeço o tempo despendido e aguardo feedback, se achar pertinente.

Cordiais cumprimentos.



DRA. ANKILMA DO NASCIMENTO ANDRADE FEITOSA <ankilmir@hotmail.com>

17 de abr ☆



para mim ▾

Cara professora Carla, tudo bem?

Uma satisfação receber seu email.

Pode ficar a vontade.

Com relação a essa dúvida: No trabalho desenvolvido no artigo em análise gostaria de saber se avaliaram a consistência interna, nomeadamente o alfa Cronbach, da escala adaptada, se sim qual o valor alcançado? Irei olhar e aviso.

Muito feliz e a disposição para o que precisar.

Att.,

Professora Dra. Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa
Graduada em Enfermagem - FASER
Licenciada em Enfermagem - UFPB
Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde - FACISA
Mestre em enfermagem - UFPB
Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC - FMABC
Docente da Faculdade Santa Maria
<http://lattes.cnpq.br/2482812431372557>
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4751-2404>

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

ANEXO V – Prática Profissional, ética e legal

| Dimensão | Nunca pratica | | | | | | Pratica poucas vezes | | | | | | Pratica às vezes | | | | | | Pratica sempre | | | | | |
|--|---------------|---|----------------|---|------|---|----------------------|-----|----------------|---|------|-----|------------------|------|----------------|-----|------|------|----------------|------|----------------|-----|------|------|
| | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Preocupa-se com os valores dos enfermeiros e dos doentes. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 1 | 2,5 | 4 | 10,0 | 18 | 45,0 | 1 | 2,5 | 13 | 32,5 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 8 | | 20,0 | | 32 | | 80,0 | | | | | |
| Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 6 | 15,0 | 1 | 2,5 | 7 | 17,5 | 13 | 32,5 | 1 | 2,5 | 9 | 22,5 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 0 | | 3 | | 7,5 | | 14 | | 35,0 | | 23 | | 57,5 | | | | | | | |
| Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 17,5 | 1 | 2,5 | 0 | 0,0 | 14 | 35,0 | 1 | 2,5 | 17 | 42,5 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 8 | | 20,0 | | 32 | | 80,0 | | | | | | | |
| Garante condições legais para os cuidados e exercício profissional. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 10,0 | 1 | 2,5 | 2 | 5,0 | 16 | 40,0 | 1 | 2,5 | 15 | 37,5 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | | 2,5 | | 7 | | 17,5 | | 32 | | 80,0 | | | | | | | |

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

ANEXO VI – Gestão de Cuidados

| Dimensão | Nunca prática | | | | | | Pratica poucas vezes | | | | | | Pratica às vezes | | | | | | Pratica sempre | | | | | |
|--|---------------|---|----------------|---|------|-----|----------------------|------|----------------|---|------|-----|------------------|------|----------------|-----|------|------|----------------|------|----------------|-----|------|------|
| | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 25,0 | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 | 11 | 27,5 | 1 | 2,5 | 9 | 22,5 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 19 | | 47,5 | | 21 | | 52,5 | | | | | |
| Promove a tomada de decisão clínica. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 6 | 15,0 | 2 | 5,0 | 5 | 12,5 | 15 | 37,5 | 0 | 0 | 11 | 27,5 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 1 | | 2,5 | | 13 | | 32,5 | | 26 | | 65,0 | | | | | | | | | |
| Acompanha a execução de cuidados de forma planeada. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 10,0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 | 2 | 5,0 | 10 | 25,0 | 9 | 22,5 | 0 | 0 | 6 | 15,0 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 5 | | 12,5 | | 20 | | 50,0 | | 15 | | 37,5 | | | | | | | | | |
| Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 | 19 | 47,5 | 1 | 2,5 | 9 | 22,5 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 11 | | 27,5 | | 29 | | 72,5 | | | | | | | |
| Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 5 | 12,5 | 0 | 0 | 9 | 22,5 | 16 | 40,0 | 2 | 5,0 | 7 | 17,5 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 1 | | 2,5 | | 14 | | 35,0 | | 25 | | 62,5 | | | | | | | | | |
| Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 19 | 47,5 | 2 | 5,0 | 14 | 35,0 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 5 | | 12,5 | | 35 | | 87,5 | | | | | | | | | |
| Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão. | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 5 | 12,5 | 0 | 0 | 4 | 10,0 | 16 | 40,0 | 2 | 5,0 | 11 | 27,5 |
| TOTAL | 1 | | 2,5 | | 1 | | 2,5 | | 9 | | 22,5 | | 29 | | 72,5 | | | | | | | | | |
| Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 6 | 15,0 | 1 | 2,5 | 3 | 7,5 | 15 | 37,5 | 1 | 2,5 | 13 | 32,5 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 1 | | 2,5 | | 10 | | 25,0 | | 29 | | 72,5 | | | | | | | | | |
| Orienta cuidados de maior complexidade. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 9 | 22,5 | 0 | 0 | 5 | 12,5 | 10 | 25,0 | 2 | 5,0 | 11 | 27,5 |

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|-----|---|-----|----|------|---|------|----|------|----|------|---|------|----|------|
| TOTAL | 0 | | | 0 | | | 3 | | | 7,5 | | | 14 | | | 35,0 | | | 23 | | | 57,5 | | |
| Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 | 12 | 30,0 | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 |
| TOTAL | 0 | | | 0 | | | 2 | | | 5,0 | | | 17 | | | 42,5 | | | 21 | | | 52,5 | | |
| Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 25,0 | 0 | 0 | 10 | 25,0 | 11 | 27,5 | 2 | 5,0 | 7 | 17,5 |
| TOTAL | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 20 | | | 50,0 | | | 20 | | | 50,0 | | |
| Contribui para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 12,5 | 0 | 0 | 6 | 15,0 | 16 | 40,0 | 2 | 5,0 | 11 | 27,5 |
| TOTAL | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 11 | | | 27,5 | | | 29 | | | 72,5 | | |
| Garante ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 12,5 | 0 | 0 | 9 | 22,5 | 16 | 40,0 | 2 | 5,0 | 8 | 20,0 |
| TOTAL | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 14 | | | 35,0 | | | 26 | | | 65,0 | | |
| Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 6 | 15,0 | 0 | 0 | 6 | 15,0 | 13 | 32,5 | 2 | 5,0 | 10 | 25,0 |
| TOTAL | 0 | | | 0 | | | 3 | | | 7,5 | | | 12 | | | 30,0 | | | 25 | | | 62,5 | | |

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

ANEXO VII – Gestão de recursos humanos

| Dimensão | Nunca prática | | | | | | Pratica poucas vezes | | | | | | Pratica às vezes | | | | | | Pratica sempre | | | | | |
|---|---------------|-----|----------------|-----|------|-----|----------------------|-----|----------------|---|------|------|------------------|------|----------------|-----|------|------|----------------|------|----------------|-----|------|------|
| | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Promove reuniões com os enfermeiros. | 2 | 5,0 | 0 | 0 | 1 | 3,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 6 | 15,0 | 1 | 2,5 | 6 | 15,0 | 13 | 32,5 | 1 | 2,5 | 9 | 22,5 |
| TOTAL | 3 | | 7,5 | | 1 | | 2,5 | | 13 | | 32,5 | | 23 | | 57,5 | | | | | | | | | |
| Assiste à passagem de turno. | 1 | 3,0 | 2 | 5,0 | 3 | 8,0 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 5 | 12,5 | 4 | 10,0 | 0 | 0 | 6 | 15,0 | 15 | 37,5 | 0 | 0 | 3 | 7,5 |
| TOTAL | 6 | | 15,0 | | 6 | | 15,0 | | 10 | | 25,0 | | 18 | | 45,0 | | | | | | | | | |
| Avalia o desempenho dos enfermeiros. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 3 | 7,5 | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 16 | 40,0 | 2 | 5,0 | 11 | 27,5 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 5 | | 12,5 | | 6 | | 15,0 | | 29 | | 72,5 | | | | | | | | | |
| Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 7 | 17,5 | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 | 13 | 32,5 | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 2 | | 5,0 | | 16 | | 40,0 | | 22 | | 55,0 | | | | | | | | | |
| Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 6 | 15,0 | 0 | 0 | 6 | 15,0 | 14 | 35,0 | 2 | 5,0 | 9 | 22,5 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 3 | | 7,5 | | 12 | | 30,0 | | 25 | | 62,5 | | | | | | | | | |
| Afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários. | 3 | 8,0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 6 | 15,0 | 2 | 5,0 | 6 | 15,0 | 11 | 27,5 | 0 | 0 | 9 | 22,5 |
| TOTAL | 4 | | 10,0 | | 2 | | 5,0 | | 14 | | 35,0 | | 20 | | 50,0 | | | | | | | | | |
| Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 0 | 0 | 5 | 12,5 | 18 | 45,0 | 2 | 5,0 | 12 | 30,0 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 8 | | 20,0 | | 32 | | 80,0 | | | | | | | | | |

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|------|---|-----|----|------|---|------|----|------|----|------|---|------|----|------|
| Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 1 | 2,5 | 6 | 15,0 | 17 | 42,5 | 1 | 2,5 | 11 | 27,5 |
| TOTAL | 0 | | | 0 | | | 1 | | | 2,5 | | | 10 | | | 25,0 | | | 29 | | | 72,5 | | |
| Promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global). | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 10,0 | 1 | 2,5 | 6 | 15,0 | 17 | 42,5 | 1 | 2,5 | 11 | 27,5 |
| TOTAL | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 11 | | | 27,5 | | | 29 | | | 72,5 | | |
| Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 20,0 | 0 | 0 | 7 | 17,5 | 13 | 32,5 | 2 | 5,0 | 10 | 25,0 |
| TOTAL | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 15 | | | 37,5 | | | 25 | | | 62,5 | | |
| Assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 9 | 22,5 | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 | 9 | 22,5 | 1 | 2,5 | 7 | 17,5 |
| TOTAL | 0 | | | 0 | | | 5 | | | 12,5 | | | 18 | | | 45,0 | | | 17 | | | 42,5 | | |
| Atua como formador na equipa multi e intra disciplinar. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 15 | 37,5 | 1 | 2,5 | 9 | 22,5 | 3 | 7,5 | 1 | 2,5 | 5 | 12,5 |
| TOTAL | 0 | | | 0 | | | 6 | | | 15,0 | | | 25 | | | 62,5 | | | 9 | | | 22,5 | | |
| Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores. | 2 | 5,0 | 0 | 0 | 1 | 3,0 | 1 | 2,5 | 1 | 2,5 | 3 | 7,5 | 5 | 12,5 | 1 | 2,5 | 7 | 17,5 | 13 | 32,5 | 0 | 0,0 | 6 | 15,0 |
| TOTAL | 3 | | | 7,5 | | | 5 | | | 12,5 | | | 13 | | | 32,5 | | | 19 | | | 47,5 | | |
| Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 15,0 | 1 | 2,5 | 10 | 25,0 | 15 | 37,5 | 1 | 2,5 | 7 | 17,5 |
| TOTAL | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 17 | | | 42,5 | | | 23 | | | 57,5 | | |

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

ANEXO VIII – Intervenção Política e Assessoria

| Dimensão | Nunca prática | | | | | | Pratica poucas vezes | | | | | | Pratica às vezes | | | | | | Pratica sempre | | | | | |
|--|---------------|---|----------------|---|------|---|----------------------|------|----------------|-----|------|------|------------------|------|----------------|-----|------|------|----------------|------|----------------|-----|------|------|
| | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital. | 3 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 9 | 22,5 | 1 | 2,5 | 4 | 10,0 | 5 | 12,5 | 1 | 2,5 | 7 | 17,5 | 4 | 10,0 | 0 | 0 | 3 | 7,5 |
| TOTAL | 6 | | | | 15,0 | | 14 | | | | 35,0 | | 13 | | | | 32,5 | | 7 | | | | 17,5 | |
| Participa no planeamento estratégico do serviço. | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 7,5 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 10 | 25,0 | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 | 7 | 17,5 | 1 | 2,5 | 7 | 17,5 |
| TOTAL | 2 | | | | 5,0 | | 4 | | | | 10,0 | | 19 | | | | 47,5 | | 15 | | | | 37,5 | |
| Elabora relatórios de serviço. | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 25,0 | 1 | 2,5 | 5 | 12,5 | 7 | 17,5 | 1 | 2,5 | 12 | 30,0 |
| TOTAL | 1 | | | | 2,5 | | 3 | | | | 7,5 | | 16 | | | | 40,0 | | 20 | | | | 50,0 | |
| Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais. | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 7,5 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 10 | 25,0 | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 8 | 20,0 | 2 | 5,0 | 11 | 27,5 |
| TOTAL | 1 | | | | 2,5 | | 5 | | | | 12,5 | | 13 | | | | 32,5 | | 21 | | | | 52,5 | |
| Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 10,0 | 1 | 2,5 | 3 | 7,5 | 16 | 40,0 | 1 | 2,5 | 14 | 35,0 |
| TOTAL | 0 | | | | 0 | | 1 | | | | 2,5 | | 8 | | | | 20,0 | | 31 | | | | 77,5 | |
| Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico. | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 7,5 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 13 | 32,5 | 1 | 2,5 | 7 | 17,5 | 5 | 12,5 | 1 | 2,5 | 7 | 17,5 |
| TOTAL | 1 | | | | 2,5 | | 5 | | | | 12,5 | | 21 | | | | 52,5 | | 13 | | | | 32,5 | |

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

ANEXO IX – Desenvolvimento Profissional

| Dimensão | Nunca prática | | | | | | Pratica poucas vezes | | | | | | Pratica às vezes | | | | | | Pratica sempre | | | | | |
|--|---------------|---|----------------|---|------|---|----------------------|-----|----------------|---|------|-----|------------------|------|----------------|-----|------|------|----------------|------|----------------|-----|------|------|
| | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Promove a enfermagem baseada na evidência. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 15,0 | 1 | 2,5 | 2 | 5,0 | 15 | 37,5 | 1 | 2,5 | 15 | 37,5 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 9 | | 22,5 | | 31 | | 77,5 | | | | | |
| Promove a formação formal e informal da equipa. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 15,0 | 1 | 2,5 | 7 | 17,5 | 15 | 37,5 | 1 | 2,5 | 10 | 25,0 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 14 | | 35,0 | | 26 | | 65,0 | | | | | |
| Estimula os enfermeiros à autoformação. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 7 | 17,5 | 1 | 2,5 | 5 | 12,5 | 13 | 32,5 | 1 | 2,5 | 11 | 27,5 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 0 | | 2 | | 5,0 | | 5,0 | | 13 | | 32,5 | | 25 | | 62,5 | | | | | |
| Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 7 | 17,5 | 1 | 2,5 | 4 | 10,0 | 13 | 32,5 | 1 | 2,5 | 12 | 30,0 |
| TOTAL | 0 | | 0 | | 0 | | 2 | | 5,0 | | 5,0 | | 12 | | 30,0 | | 26 | | 65,0 | | | | | |

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

ANEXO X – Estratégias de gestão de conflitos

| Dimensões | Raramente | | | | | | Poucas vezes | | | | | | Algumas vezes | | | | | | Muitas vezes | | | | | | Sempre | | | | | |
|---|-----------|------|----------------|-----|------|------|--------------|------|----------------|-----|------|------|---------------|------|----------------|---|------|------|--------------|------|----------------|-----|------|------|----------|------|----------------|-----|------|------|
| | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | | Hospital | | Ambas as áreas | | ACES | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Você tenta evitar ser colocado "em má situação" e evita ir sempre a unidade para resolver os conflitos? | 5 | 13,0 | 2 | 5,0 | 9 | 23,0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 4 | 10,0 | 0 | 0 | 4 | 10,0 | 4 | 10,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 0 | 0 | 1 | 3,0 |
| TOTAL | 16 | | | | 40,0 | | 9 | | | | 22,5 | | 8 | | | | 20,0 | | 4 | | | | 10,0 | | 3 | | | | 7,5 | |
| Você tenta satisfazer as expectativas das partes envolvidas no conflito? | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 4 | 10,0 | 0 | 0 | 8 | 20,0 | 12 | 30,0 | 1 | 2,5 | 2 | 5,0 | 5 | 13,0 | 1 | 3,0 | 5 | 13,0 |
| TOTAL | 1 | | | | 2,5 | | 1 | | | | 2,5 | | 12 | | | | 30,0 | | 15 | | | | 37,5 | | 11 | | | | 27,5 | |
| Você discute a sua opinião com os profissionais da sua unidade para mostrar os méritos da sua posição? | 2 | 5,0 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 2 | 5,0 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 0 | 0 | 7 | 17,5 | 12 | 30,0 | 1 | 2,5 | 7 | 17,5 | 3 | 8,0 | 0 | 0 | 1 | 3,0 |
| TOTAL | 4 | | | | 10,0 | | 3 | | | | 7,5 | | 9 | | | | 22,5 | | 20 | | | | 50,0 | | 4 | | | | 10,0 | |
| Você negocia com as partes envolvidas no conflito, de forma que se possa chegar a um acordo? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 10,0 | 11 | 27,5 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 10 | 25,0 | 2 | 5,0 | 11 | 28,0 |
| TOTAL | 0 | | | | 0 | | 0 | | | | 0 | | 4 | | | | 10,0 | | 13 | | | | 32,5 | | 23 | | | | 57,5 | |
| Você procura saber a questão em discussão para encontrar uma solução aceitável para todos? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 7 | 17,5 | 0 | 0 | 6 | 15,0 | 14 | 35,0 | 2 | 5,0 | 9 | 23,0 |
| TOTAL | 0 | | | | 0 | | 0 | | | | 0 | | 2 | | | | 5,0 | | 13 | | | | 32,5 | | 25 | | | | 62,5 | |
| Você evita as discussões abertas das diferenças entre as partes? | 2 | 5,0 | 1 | 2,5 | 5 | 13,0 | 4 | 10,0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 6 | 15,0 | 0 | 0 | 5 | 12,5 | 6 | 15,0 | 1 | 2,5 | 5 | 12,5 | 3 | 8,0 | 0 | 0 | 1 | 3,0 |
| TOTAL | 8 | | | | 20,0 | | 5 | | | | 12,5 | | 11 | | | | 27,5 | | 12 | | | | 30,0 | | 4 | | | | 10,0 | |
| Você procura conformar-se com os desejos das partes ou de uma das partes envolvidas? | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 4 | 10,0 | 10 | 25,0 | 0 | 0 | 5 | 12,5 | 9 | 22,5 | 0 | 0 | 5 | 12,5 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 1 | 3,0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Gestão em enfermagem: o perfil de competências

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------|---|-----|------|------|----|------|---|-----|------|------|----|------|---|-----|------|------|----|------|---|-----|------|------|----|------|---|-----|------|------|
| TOTAL | 6 | | | | 15,0 | | 15 | | | | 37,5 | | 14 | | | | 35,0 | | 4 | | | | 10,0 | | 1 | | | | 2,5 | |
| Você é firme na defesa de sua posição na questão? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 1 | 2,5 | 4 | 10,0 | 6 | 15,0 | 0 | 0 | 5 | 12,5 | 11 | 27,5 | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 | 2 | 5,0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 0 | | | | 0 | | 7 | | | | 17,5 | | 11 | | | | 27,5 | | 20 | | | | 50,0 | | 2 | | | | 5,0 | |
| Você adota o "toma-lá-dá-cá", de forma que se possa chegar a um acordo? | 1 | 3,0 | 0 | 0 | 4 | 10,0 | 7 | 17,5 | 1 | 2,5 | 4 | 10,0 | 6 | 15,0 | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 | 4 | 10,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,5 | 3 | 8,0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 5 | | | | 12,5 | | 12 | | | | 30,0 | | 15 | | | | 37,5 | | 5 | | | | 12,5 | | 3 | | | | 7,5 | |
| Você troca informações precisas a respeito do caso para resolver um problema em conjunto? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 12 | 30,0 | 0 | 0 | 5 | 12,5 | 7 | 18,0 | 2 | 5,0 | 10 | 25,0 |
| TOTAL | 0 | | | | 0 | | 0 | | | | 0 | | 4 | | | | 10,0 | | 17 | | | | 42,5 | | 19 | | | | 47,5 | |
| Você tenta guardar as divergências que percebe e ainda não são explícitas para evitar ressentimentos? | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3,0 | 2 | 5,0 | 1 | 2,5 | 1 | 2,5 | 7 | 17,5 | 0 | 0 | 6 | 15,0 | 11 | 27,5 | 0 | 0 | 8 | 20,0 | 1 | 3,0 | 1 | 3,0 | 1 | 3,0 |
| TOTAL | 1 | | | | 2,5 | | 4 | | | | 10,0 | | 13 | | | | 32,5 | | 19 | | | | 47,5 | | 3 | | | | 7,5 | |
| Você concorda com a solução proposta pelas partes? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 25,0 | 0 | 0 | 5 | 12,5 | 8 | 20,0 | 2 | 5,0 | 10 | 25,0 | 2 | 5,0 | 0 | 0 | 2 | 5,0 |
| TOTAL | 0 | | | | 0 | | 1 | | | | 2,5 | | 15 | | | | 37,5 | | 20 | | | | 50,0 | | 4 | | | | 10,0 | |
| Você sustenta a solução que tem em relação ao problema e costuma não abrir mão dela? | 4 | 10,0 | 1 | 2,5 | 4 | 10,0 | 7 | 17,5 | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 7 | 17,5 | 1 | 2,5 | 8 | 20,0 | 3 | 7,5 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3,0 |
| TOTAL | 9 | | | | 22,5 | | 10 | | | | 25,0 | | 16 | | | | 40,0 | | 4 | | | | 10,0 | | 1 | | | | 2,5 | |
| Você propõe o meio-termo para solucionar os impasses? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 10,0 | 1 | 2,5 | 0 | 0 | 3 | 7,5 | 0 | 0 | 6 | 15,0 | 11 | 27,5 | 1 | 2,5 | 6 | 15,0 | 3 | 8,0 | 0 | 0 | 5 | 13,0 |
| TOTAL | 0 | | | | 0 | | 5 | | | | 12,5 | | 9 | | | | 22,5 | | 18 | | | | 45,0 | | 8 | | | | 20,0 | |
| Você tenta colocar todas as preocupações na mesa, de forma que as questões possam ser solucionadas da melhor forma? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5,0 | 0 | 0 | 1 | 2,5 | 6 | 15,0 | 0 | 0 | 7 | 17,5 | 13 | 33,0 | 2 | 5,0 | 9 | 23,0 |
| TOTAL | 0 | | | | 0 | | 0 | | | | 0 | | 3 | | | | 7,5 | | 13 | | | | 32,5 | | 24 | | | | 60,0 | |

Gestão em enfermagem: o perfil de competências